الطفل التوحدي

بين الواقع والمأمول
فنيات علاجية وسلوكية

جمال عبد الناصر



الطفل التوحدي بين الواقع والمأمول

برامج علاجية وسلوكية

العنوان

الطفل التوحدي بين الواقع والمأمول

برامج علاجية وسلوكية

المؤلف

د/ جمال عبد الناصر سليمان

الطبعة

الأولى ٢٠١١

الناشر

مصر العربية للنشر والتوزيع

١٩ ش إسلام- حمامات القبة- الزيتون- القاهرة

تليفاكس ٢٢٥٦٢٢٦٨ / ت ٢٤٥,٥٨٦٣

رقم الإيداع

٢٠٠٩/٩٠٨٩

I. S. B. N
977-5471-79-6

البريد الإلكتروني

masrelarabia@hotmail.com

الغلاف

وائل الملا

تنفيذ داخلي

مها عصمت

أعمال الطباعة

مطبعة الحمد بالعمرانية

٠١٢١٣٣٥٣٩٠

بطاقة الفهرسة



سليمان، جمال عبد الناصر.
الطفل التوحدي بين الواقع والمأمول: أسبابه وأنواعه
برامج علاجيه وسلوكيه/ جمال عبد الناصر سليمان. ــ ط١.ـ
القاهرة: مصر العربية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩.
٢٧٢ ص؛ ٢٤ سم
تدمك ٦ ٧٩ ٥٤٧١ ٩٧٧
١ـ الأطفال المتخلفون عقليا
أ ـ العنوان
٣٠٥،٩٠٨٢٦

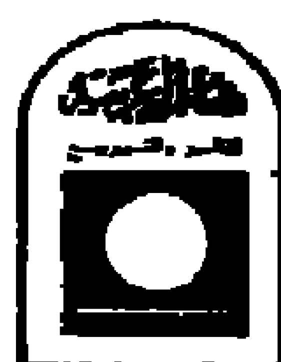
رقم الإيداع / ٩٠٨٩ التاريخ: ٢٠٠٩/٤/٢٣

الطفل التوحدي بين الواقع والمأمول

برامج علاجية وسلوكية

دكتور/ جمال عبد الناصر

٢٠١١



مصر العربية للنشر والتوزيع

قائمة المحتويات

المقدمة

الحمد لله رب العالمين... الذي خلق الإنسان في أحسن صورة وعدله فسبحان الله أحسن الخالقين... والحمدلله الذي فضل الإنسان على سائر المخلوقات وميزه بعقل يستطيع من خلاله أن يحكم على الأشياء ويحاول جاهدا أن يحقق أمله في الحياة فنجده يرتقى إلى أعلى المناصب والدرجات العلمية ويحلق في جو من الاندماج العائلي والاجتماعي.

فإذا سلب من الإنسان نعمة العقل ولو بقدر ضئيل يعيش في الحياة غير متزن فنجده غير قادر على الحكم على الأشياء مختلا في تصرفاته منطويا على نفسه معزولاً عن الآخرين. إذن إن نعمة العقل هي أثمن النعم وهى هبة من الله لعباده فيجب علينا أن نحافظ عليها ونحمد الله في كل وقت وحين ومن يشكر فإنما يشكر لنفسه، ومن يكفر فإن الله غنى عن العالمين... والصلاة والسلام على خير الخلق وخاتم الأنبياء ورسله محمد صلى الله عليه وسلم وعلى آله وصحبه أجمعين...

وبـــعـــد،،،،

لقد ميز الله الإنسان عن غيره من المخلوقات بقدرات كبيرة على الاتصال والتواصل مع الآخرين الذي يعيش فيه عن طريق الاتصال اللغوي بالكلمات والألفاظ سواء الكلام المنطوق أو اللفظ الإشارى بحركات اليد أو الرأس ولغة العيون وتعابير الوجه.

فالإنسان هو الوحيد في هذا الكون القادر على استخدام لغة العيون في التعبير عن المشاعر، والأحاسيس، والانفعالات، من حب وغضب وحقد واستغراب وتساؤل... فاللغة تظل أهم وسيلة يستخدمها البشر في التعبير كتابة وقراءة وتخاطبا بالصوت المسموع عن كافة الأحداث والتجارب سواء كان منها محسوسا أو معنوياً.

واللغة يمكن اعتبارها تنظيم من الرموز والإشارات يحكم استخدمها

مجموعة من القواعد التي تحدد أسلوب استخدام الأصول والصيغ والتراكيب والتعابير النحوية، أما الكلام فهو وسيلة تعبير صوتي مسموع لتوصيل رسالة أو فكره أو أمراً لنقل المشاعر إلى الآخرين في صورة مسموعه... وهذا يحدث التواصل فإذا حدث خللا بين المرسل والمستقبل ووجد الطرف الأول غير قادر على التواصل، وشخص من قبل الآخرين على أنه مصاب بالتوحد فتعتبر مشكلة التوحد هي بالفعل مشكلة محيرة، لأن طفل التوحد لا يبدو من مظهره الخارجي أنه يعاني من أي قصور، فهو يبدوا طبيعياً تماما وبالتالي يصعب التعرف عليه ويشعر العاديين من يتعامل مع أطفال التوحد بالحيرة الشديدة، وذلك نتيجة اختلافهم الشديد عن غيرهم من الأطفال العاديين، فالطفل التوحدى يبدو مثل الحاضر الغائب، فهو حاضر جسدياً ولكنه غائب في عالمه الخاص، وتجد نظراته تنفذ من خلال الآخرين ولكنها لا تتوقف عليهم ولا يبدو عليه أنه يهتم أو يشعر بمن حوله.

ولقد ظهر مفهوم الإعاقات النمائية (التوحد) كنتيجة لمروره بمراحل كثيرة ومسميات عديدة كان لها تأثير كبير في رسم الصورة الحالية للمفهوم. ففي العهد القديم التي كانت تتعرض للمهانة والاضطهاد الذي يصل إلى حد الهلاك، حيث كانت تقدر قيمة الفرد بما يعمل وبقدر صلاحيته لأداء هذا العمل، فكان وجودهم خسارة للمجتمع لأنه يضعف من قوته، لذا كان أفلاطون يرى أن نفي هؤلاء الأشخاص خارج البلاد هو الحل الأصلح معهم، بل كان يرى أن السماح لهم بالتناسل يؤدي لإضعاف الدولة في جمهوريته الفاضلة.

وفي اسبرطة الدولة الرومانية كان القانون ينص على التخلص من هؤلاء الأفراد وطردهم خارج البلاد أو إلقائهم في البحر، وكانت مصر القديمة من أولى الدول التي اهتمت بالفئات الخاصة، حيث يؤرخ أول مصدر مكتوب عن التخلف العقلي لعام ١٥٥٢ قبل الميلاد وهو بردية طبية العلاجية في مصر القديمة. (عبد المجيد عبد الرحيم ولطفي بركات، ١٩٧٩، ٩٠-٩٥).

ثم تأثرت العصور الوسطي بظهور المسيحية وعدد من المصلحين

الاجتماعيين، فزاد الاهتمام بتلك الفئة وخصصت أماكن لإقامتهم. وجاء الإسلام فدعا إلى الرفق بهم وعدم إرهاقهم والتمس لهم العذر فيما يفعلونه وأنشئ في عهد عمر بن الخطاب ديواناً يقدم المساعدات للمستحقين منهم. (كمال مرسي، د.ت، ١٤٩)

وقد لوحظ تكاثر ظاهرة الإعاقة من زواج الأقارب وخاصة في الريف الصعيدي أو من عائلات لها تاريخ مسبق في الإعاقة الذهنية أو السمعية هذا ما أكدت عليه البحوث والدراسات التي أوصت بعدم زواج الأقارب وإجراء الفحوص الطبية قبل الزواج.

ولقد لمست بنفسي أثناء عملي في مجال الإعاقة السمعية وعيادات التخاطب التي أشرفت على إنشائها أن معظم الحالات المترددة على مراكز التخاطب كانت النسبة العليا من جراء زواج الأقارب وخاصة من القرى البعيدة عن المدينة، وأصبحت تضرب بقوة كبيرة مهددة المئات من الأطفال بالخطر الصامت دون أن تعلن عن نفسها دون مقدمات و تظل خامدة ما يقرب الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل دون أن يكتشفها أحد وفجاءة ينزوي الطفل معلنا موته من الحياة كأنه الحاضر الغائب، حاضرا بجسده غائبا بعقله وفكره ومرحه ولعبه ولهوه مع أقرانه الصغار، إنها حسرة تصيب الأمهات في فلذة أكبادهن ولا يستطيع الطب أن يقدم لهن شيئا سوى بعض المهدئات التي لا تعود عليهم بالفائدة وتظل الحسرة قائمة في قلوبهن حتى يأتي أمر الله لهذا الطفل أو لهذه الطفلة بالموت.

ونظراً لكون الإعاقة في مجملها هي مرض مزمن، وكون التأهيل في معظم الحالات لا يصل إلى مرحلة الشفاء، فإن من الأهمية بمكان أن يكون التشخيص والتدخل العلاجي في مرحلة مبكرة وذلك بهدف التقليل من المضاعفات عند حدوث الإعاقة أو الحد منها قدر الإمكان، وللاسترشاد الوراثي الوقائي، وللحد من هذه الأمراض المستعصية دور رئيسي في مكافحة الأمراض الوراثية والوقاية منها.

وبناء على ما سبق لقد شهدت السنوات القليلة الماضية اهتماماً كبيراً بالأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة وقامت الكثير من البلدان بسن القوانين

والتشريعات التي تحفظ لهم حقوقهم وتساعدهم على الاندماج في المجتمع إلا أن هذا الاهتمام لم يشمل فئة أطلق عليها العلماء، هذه الفئة هم الاويتزم (الطفل التوحدى) وقد يعود عدم الاهتمام بهذه الفئة إلى عدم التشخيص الدقيق لها، وعدم وجود أبحاث كافية عنها، فهناك من شخص هذه الفئة على أنها ضمن المعاقين عقلياً وكثيراً منهم يلتحق بمدارس التربية الفكرية وهم بكثرة في مدراس التربية الفكرية، ولكن دون جدوى فنجدهم لا يستفيدون من البرامج المقدمة وبالأساليب التعليمية التي تقدم للأطفال المعوقين عقلياً حيث أن أطفال التوحد لهم خصائصهم ولهم سيكولوجية معينة يجب مراعاتها عند تقديم برامج تعليمية لهم.

ونتيجة لهذا طالب الكثير من العلماء وأولياء أمور الأطفال التوحديين بإنشاء مراكز ومؤسسات خاصة بالأطفال التوحديين كما طالبوا بإعداد وتدريب كوادر متخصصة ومؤهلة لتدريب وتعليم الأطفال التوحديين ولكن دون فائدة تذكر وقد قدمت أكثر من مرة بإنشاء مدرسة خاصة بهم في مدينة بنها بمحافظة القليوبية ولكن دون فائدة. مع العلم بأن دولة الإمارات على سبيل المثال أنشئت مراكز خاصة بفئة التوحديين ضمن مركز عام في مدينة أبو ظبي – المفرق – ينال الطالب الذي يعانى من التوحد برامج تتناسب مع قدراته الذهنية والجسدية والنفسية وكذلك بعض مدن الخليج كانت أياديهم البيضاء تحمى هؤلاء وتقدم لهم يد العون لهم ولأسراهم.

وعلى الرغم من الجهود المبذولة في دول أوروبا وأمريكا لتوفير الرعاية المناسبة للأطفال التوحديين، وإعداد الكوادر المؤهلة للعمل معهم، وفتح المدارس الخاصة بهم إلى جانب العديد من المراكز المتخصصة والتي يتم من خلالها تقديم الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية وغيرها لهم، فإنه لا يوجد في المجتمع العربي بشكل عام أي شكل من أشكال هذا الاهتمام، فلا توجد مراكز أو مدارس خاصة بهم إلا نادراً جداً،ولا توجد كوادر مؤهلة للعمل مع هؤلاء الأطفال، وليس هناك خدمات منظمة يمكن أن يتم تقديمها لهم، ويتم تشخيصهم على أنهم معاقون عقلياً، وهو الأمر الذي يحتاج إلى تفكير جاد، ودراسة جادة متعمقة حتى نستطيع أن نصل إلى بعض ما حققته الدول المتقدمة.

وقد اتجهت بعض الدول في مختلف مناطق العالم إلى تقديم تلك الخدمات .وتعد فئة أطفال التوحد (أطفال الأوتيستك) إحدى تلك الفئات الخاصة التي تحتاج إلى رعاية وتدريب وتعليم وتأهيل يؤدي بهم إلى العودة مرة أخرى للتفاعل مع أسرهم وأقرانهم العاديين والاندماج في المجتمع العائلي الكبير الذي يعيش فيه. ولتوضيح ذلك المفهوم حول التوحد فإن الكتاب الحالي يضم بين طياته عدة فصول...

ويتناول الفصل الأول تعريف التوحد و أسبابه وتشخيصه وعلاجه ويتناول الفصل الثاني أنواع التوحد والفصل الثالث: التوحد واضطرابات التواصل اللغوي والفصل الرابع التوحد والتواصل الاجتماعي والفصل الخامس برامج تدريبية لتنمية القدرات العامة.

ونحن إذ نقدم هذا الكتاب لا نعتبره القول الفصل فى المجال وإنما هو خطوة نخطو بها نحو أمل مشرق للطفل والطفولة فليس إحسان منا تجاههم ولكن حقهم في الحياة وأن نقدم لهم يد العون والمساعدة وتزويد الباحثين بمجموعة من المراجع التي يمكن أن تفيدهم في هذا المجال، متمنين لطلابنا الأعزاء أن يستفيدوا استفادة تامة وكاملة بما يقدم لهم، إسهاماً في تكوينهم التربوي العلمى.

والله من وراء القصد. وهو الهادي إلىّ سواء السبيل

أ/ جمال عبد الناصر سليمان

الفصل الأول

المصدر التاريخي لمفهوم التوحد

مقدمة تاريخية:

يرجع الفضل في اكتشاف هذه الإعاقة إلى العالم ليوكانر **Leo kanner**، الذي كان أحد أبرز أساتذة الطب النفسي بجامعة هارفارد، حيث كان يقوم بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا بالولايات المتحدة الأمريكية ولفت انتباهه أنماط سلوكية غير عاديه لأحد عشر طفلا كانوا مصنفين على أنهم متخلفون عقلياً، فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه مصطلح التوحد الطفولي المبكر **Early infantile autism**، حيث لاحظ أن تفكيرهم يتميز بالاجترار الذي تحكمه الذات وحاجات النفس، وأنهم بعيدون عن الواقعية وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد حتى ولو كانوا أبويه أو إخوته، فهم دائمو الانطواء والعزلة ولا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه، كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم التي أصبحت في حالة انغلاق تام، وبحيث يصبح هناك استحالة لتكوين علاقة مع أي ممن حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال وحتى المتخلفون عقليا منهم، كما وصفهم كانر أيضا بأنهم لم يرتقوا بصورة سويه في علاقاتهم بالآخرين، حيث كانت قدرتهم اللغوية محدودة للغاية ولديهم رغبات قهرية في ممارسة نفس السلوك مرات عديدة. (عمر بن الخطاب، ١٩٩٧، ٢٥)، (عثمان لبيب فراج، ١٩٩٤، ٣) وأنهم مستغرقون في ذواتهم ولديهم مشكلات حادة في المهارات الاجتماعية والسلوكية وفي الاتصال.

(Department of developmental services, 1999)

وعلى الرغم من أن هذا العالم قد قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات في عقد الأربعينات، إلا أن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح **Autism** أو التوحد أو الاجترار في اللغة العربية لم يتم إلا مؤخرا، حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي **Infantile schizophrenia** وذلك وفق ما ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية الطبعة الثانية **(DSM.2)**، ولم يتم الاعتراف بخطأ هذا التصنيف

إلا عام ١٩٨٠، حينما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة (DSM.3R)، والتي فرقت بوضوح بين الفصام وبين التوحد، وأصبح الاتفاق مؤكدا على أن التوحد أحد اضطرابات نمو المخ مثل عسر القراءة، والتخلف العقلي وإضطرابات الانتباه، وهو لا يعد أحد أشكال التخلف العقلي (Autism network international,1997,)، كما أنه ليس مرضاً معدياً(Derendu,.S.,1998,).

وعلى الرغم من أن هذا العالم قد قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات في عقد الأربعينات، إلا أن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح Autism أو التوحد أو الاجترار في اللغة العربية لم يتم إلا مؤخرا، حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي Infantile schizophrenia وذلك وفق ما ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية الطبعة الثانية (DSM.2)، ولم يتم الاعتراف بخطأ هذا التصنيف إلا عام ١٩٨٠، حينما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة (DSM.3R)، والتي فرقت بوضوح بين الفصام وبين التوحد، وأصبح الاتفاق مؤكدا على أن التوحد أحد اضطرابات نمو المخ مثل عسر القراءة، والتخلف العقلي وإضطرابات الانتباه، وهو لا يعد أحد أشكال التخلف العقلي (Autism network international,1997,)، (Derendu,.S.,1998,) كما أنه ليس مرضاً معدياً.

ويتفق الإصدار العاشر لمنظمة الصحة العالمية (ICD-1. 1992) مع الإصدار الرابع للرابطة الأمريكية للطب النفسي(DSM-IV 1994) على أن التوحد أو الأوتيستك أحد الاضطرابات النمائية الغير محددةPDD-NOS بالإضافة إلى اضطراب اسبرجز واضطراب ريتز واضطراب الطفولة التفككي.

ومن المحتمل أن أشخاصا ممن نطلق عليهم اليوم التوحديين كانوا يعيشون في وقت ما في أماكن متفرقة من العالم مجهولين الهوية كفئة يصعب فهمها ومن ثم التعامل معها.

وقد وجد في بعض المطبوعات القديمة التي تعود إلى القرن الثامن عشر وصفا لنماذج من السلوك يشبه التوحد.

ولكن مصطلح التوحد **autism** هو مصطلح حديث، ولقد تردد ذكره في بداية الأمر بين علماء النفس والأطباء النفسيين، ويعتقد أن أول من قدمه هو الطبيب النفسي السويسري أيجن بلولر **Eugen Bleuler** عام **1911** حيث استخدمه ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية.

أما كلمة **autistic** فتعود إلى الكلمة اليونانية القديمة **autos** والتي تعني النفس.

- وفي عام **1943** نشر الدكتور ليو كانر **Leo Kanner** ورقته المشهورة عن التوحد ليكون بذلك أول من ذكره كاضطراب محدد في العصر الحديث.
- وفي عام **1944** نشر الدكتور هانز اسبر جر من فيينا ورقة شهيرة أيضا تصف حالة مشابهة للتوحد أطلق عليها فيما بعد متلازمة اسبرجر **Asperger Syndrome** وتعتبر هاتان الورقتان هما أولى المحاولات العلمية لشرح هذا الاضطراب المعقد.
- وخلال العقد من عام **195**. و**196**. ساد اعتقاد خاطئ في الأوساط الطبية أن التوحد هو اضطراب نفسي **psychological disturbance** ناتج عن إهمال الأم في رعايتها لطفلها بسبب عواطفها الباردة تجاهه، وكان يطلق على أمهات التوحديين الأمهات الباردات **(refrigerator mothers.)** وقد تزعم هذا الرأي الدكتور برونوبتلهيم **Bettleheim** أحد المتخصصين الأوائل في نمو الأطفال.
- وفي عام **1964** اكتشف د. برنارد ريملاند **Bernard Rimland** أدلة تؤكد أن التوحد هو حالة بجيولوجية **biological condition** مما يقتضي دحض نظرية الدكتور وتبرئة الأمهات من التهمة التي وجهت إليهم.
- وفي عام **1966** اكتشف د. أندرياس رت صاحب متلازمة رت **(Rett Syndrome** دليلا آخر يؤكد أن التوحد حالة بجيولوجية**Andreas Rett**
- وفي عام **1977** عثر كل من الدكتورة سوزان فلوستين والدكتور ميكل روتر **Dr. Susan Folstein and Dr. Michael** على توأمين مصابين بالتوحد مما أوحى لهما بأن هذا دليل على احتمالية وجود عامل جيني يقف خلف الإصابة بالتوحد.
- وخلال العشر سنوات التالية انقادت البحوث فيما بعد للبحث عن أدلة تثبت دور

العامل الجيني في الإصابة بالتوحد، وقد رجحت البحوث دور العامل الوراثي.

- من خلال ذلك لظهر عدد من البحوث أن % 2-3 من أخوة وأخوات الطفل المصاب بالتوحد يصابون بالتوحد أيضاً.

ارتفاع نسبة الإصابة بالتوحد بين التوائم المتطابقة مقارنة بالتوائم المختلفة

- وفي عام **1991** نشر كل من الدكتور ميكل روتر والدكتورة كاترين لورد والدكتورة أن لي كوتشر **Drs. Catherine Lord, Michael Rutter and Ann LeCouteur published** أول استبيان لتشخيص التوحد **the Autism Diagnostic Interview.**
- وفي عام **1992** نشرت جمعية الطب النفسي الأمريكية الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع **the Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV),** الذي وضع معايير مقننة لتشخيص اضطراب التوحد.
- وفي عام **1993** أصدرت منظمة الصحة العالمية**World Health Organization** دليلا مشابها لدليل جمعية الطب النفسي الأمريكية عرف بالتصنيف الدولي للأمراض **International Classification of Diseases (ICD-1.**
- وذكرت فيه تعريفا للتوحد ضمن فئة الاضطرابات النمائية **Developmental Disorders**
- وفي عام **1994** أسس الاتحاد الدولي لأبحاث التوحد **the National Alliance for Autism Research (NAAR)** ليصبح أول منظمة في الولايات المتحدة تختص بتمويل البحوث الطبية الخاصة باضطراب الطيف التوحدي **Autism Spectrum Disorder (ASD)**
- وفي عام **1998** نشرت نتائج عدد من البحوث التي تدلل على وجود علاقة بين التوحد والكر وموسوم **15q**، والكر وموسوم **7q.**
- وفي عام ٢..١ حددت العديد من الأبحاث عددا من المناطق التي تحتوي على الجينات المرتبطة بالتوحد.
- وفي عام **2..4** أسست السيدة شيرلي ستيفاني فرعا جديدا للاتحاد الدولي لأبحاث

التوحد في بريطانيا واستطاعت أن تجمع له أكثر من ٣٥ مليون جنيه إسترليني خصصت جزء كبير منها للإنفاق على البحوث الطبية الخاصة بالتوحد.

- وفي نهاية يناير 2..6 أعلن عن اتحاد المنظمتين الكبيرتين، الإتحاد الدولي لأبحاث التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية والإتحاد الدولي لأبحاث التوحد في بريطانيا تحت اسم جديد هو **Autism Speaks** التوحد يتحدث. لتكون بذلك أكبر منظمة عالمية غير ربحية وغير حكومية لتمويل البحوث الخاصة باضطراب الطيف التوحدي.
- وعلى الرغم من مرور أكثر من ستين عاماً على ورقتي كانر واسبرجر لا يزال التوحد لغزا يبحث عن حل.

ومن ثم آن لنا أن نتساءل عن مفهوم التوحد :

ما هو التوحد أو اضطراب الطيف التوحدي؟ **Autism Spectrum Disorder (ASD)** التوحد أو اضطراب الطيف التوحدي هو اضطراب نمائي عام **Pervasive Developmental Disorder** يصيب الطفل قبل بلوغه العام الثالث من العمر، ويتضمن قصورا في قدرة الشخص على التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الأشخاص أو الأشياء أو الموضوعات، والعجز عن تكوين علاقات مع المحيطين به.

وسمي بالطيف التوحدي لأن أعراضه تختلف في شدتها من شخص إلى آخر، حيث تمتد أعراضه من غياب تام للغة ونقص شديد في القدرات المعرفية إلى درجة عالية من الذكاء وقدرات عقلية متميزة. وكل شخص توحدي هو حالة فريدة، فلا يوجد شخصان توحديان متشابهان تماما.

والتوحد ليس مرضاً وليس اضطراباً معدياً، ولا يرتبط التوحد بعرق معين أو سلالة معين، كما لا يرتبط بمستوى تعليمي أو طبقة اجتماعية معينة.

فهو يصيب كل الطبقات والسلالات والمستويات التعليمية المختلفة في كافة بلدان العالم النامي والمتحضر بنفس النسبة.

والتوحد ليس مرضا عقليا ولا تلعب العوامل النفسية أي دور في الإصابة به، ولا يرتبط من قريب أو بعيد بنوع التربية السائدة في الأسرة.

ويتنوع الأشخاص التوحديين فيما بينهم تنوعا كبيرا كما يقول الدكتور إمي كلين (Dr. Ami Klin) أستاذ علم النفس بمركز ييل لدراسات الطفولة بالولايات المتحدة الأمريكية.

فمن أفراد اعتماد يين وذوي إعاقة عقلية شديدة إلى أشخاص موهوبين حادي الذكاء ومن أشخاص لا يستطيعون الكلام نهائيا إلى أشخاص ثرثارين ومن أشخاص منعزلين ومنسحبين تماما عن المجتمع إلى أشخاص لا يطيقون العزلة أو الابتعاد عن الآخرين ولو لوقت قليل، ومن أشخاص مقيدين بطقوس وحركات نمطية شاذة إلى أشخاص ذوي معارف ضخمة ومهارات خاصة وإنجازات فريدة في العلوم والفنون والتكنولوجيا.

ومن أشخاص يحتاجون إلى مساعدة كبيرة لتلبية متطلباتهم الحياتية. إلى أشخاص لا يحتاجون سوى الفرصة للمشاركة الكاملة.

أذن التوحد يعنى خلل معقد بالجهاز العصبي المركزي ويتميز بثلاث صفات جوهرية هي:

١- مشكلة في التفاعل مع المجتمع.

٢- خلل في التواصل اللفظي وغير اللفظي verbal and nonverbal

٣- نمط يتكرر من التصرفات مع اهتمامات ضيقة ومقيدة.

<u>والسؤال الذي يتبادر إلى ذهن الكثير من الأمهات ما هي علامات التوحد :</u>

<u>Signs of autism?</u>

لا يوجد نموذج معياري للشخص التوحدي بسبب الاختلاف الكبير بين التوحديين في الأعراض إلا أننا نستطيع أن نذكر عددا من العلامات التي يمكن الاستهداء بها أو بعضها في تشخيص التوحد.

١) مشكلات في مهارات التواصل بشقيه اللفظي والغير لفظي.

٢) تكرار نمطي لبعض السلوكيات.

٣) اهتماماته محدودة

٤) لا يبدي اهتماما بالأشياء وينظر إليها كأنما ينظر إلى طائرة تطير في السماء

٥) لا ينظر إلى الأشياء عندما يشير إليه شخص آخر.
٦) لديه مشكلة في علاقته بالآخرين أو لا يهتم بالآخرين على الإطلاق.
٧) يتجنب التواصل البصري **Eye-Contact** مع الآخرين ويرغب في أن يكون وحده.
٨) لديه مشكلة في فهم مشاعر الآخرين وفي التعبير عن مشاعره الخاصة.
٩) لا يحب التدليل أو أن تأخذه في حضنك، وربما يرغب في ذلك عندما يريد هو.
١٠) يبدي عدم انتباه عندما يتحدث الآخرون معه.
١١) يردد بعض الكلمات أو الجمل التي تقال له.
١٢) يضحك ويبكي ويصرخ ويبدو متوترا بدون سبب واضح.
١٣) لديه مشكلة في التوافق عندما يتغير النمط اليومي السائد.
١٤) لديه حساسية متطرفة للألم.
١٥) الإفراط في النشاط البدني، أو الخمول الزائد
١٦) صعوبة القدرة على إدراك معنى الخداع والتضليل.
١٧) لا يبدي خوفا حقيقيا تجاه المخاطر
١٨) يستجيب للآخرين وكأنه طفل أصم.
١٩) يتعامل مع أجزاء جسم من حوله بصورة منفصلة، فإذا لعب بيد شخص بجانبه فكأن اليد جزء منفصل عن جسد من بجانبه
٢٠) يفتقد القدرة على التواصل البصري **Eye – Contact** فهو لا يطيل تركيز البصر نحو موضوع معين.
٢١) يفتقد السلوك المقبول وفق المعايير الاجتماعية، مثل في حال الشراب أو الأكل.
٢٢) لا يدرك مشاعر الآخرين ولا يهتم بهم ولا يبذل أي مجهود لتفادي التعثر في الناس إذا كانوا في طريقه، أو الاهتمام بحاجياتهم.
٢٣) الارتباط مع الوالدين له مظاهر غير ثابتة، والمشاعر والعواطف في المواقف الاجتماعية غريبة وغير متوقعه.
٢٤) يبدو أحيانا كما لو أنه فقد المهارة التي أكتسبها (على سبيل المثال يتوقف عن نطق كلمات كان منذ قليل يتحدث بها).

وما يميز اضطراب التوحد هو فشل الطفل في عمل علاقة مع والديه أو مع الآخرين ويبقى في عزلة اجتماعية شديدة تصاحبها عدم القدرة على التركيز في أي شخص أو أي شيء، كما لا يستجيب الطفل المصاب عاطفيا ولا يملك القدرة على إعطاء المتطلبات العاطفية. ويلاحظ الأطباء نتيجة لذلك حالة من تأخر الكلام لدى الطفل ، أما إذا كان الكلام طبيعيا فيكون تكرارا وإعادة لكلام الغير مثل صدى الصوت ، بإيقاع غير حساس يرافقه الكثير من العيوب اللفظية واللغوية الأخرى.

والسؤال الذي يفرض نفسه على المجتمع العالمي والمحلى ماهى الإحصائيات الخاصة بالتوحد؟

تباينت الإحصائيات الخاصة بنسبة الأشخاص التوحديين مقارنة بعدد السكان، وعلى الرغم من تباينها إلا أنها تتفق على أن حالات التوحد تزداد انتشارا عاما بعد عام، ولكن من غير المعروف ما إذا كانت هذه الزيادة ترجع إلى تحسن أساليب التشخيص والاكتشاف المبكر أم أن هناك عوامل أخرى غير معروفة حتى الآن تعمل على انتشاره.

وفيما يلي ملخصا لهذه الإحصائيات:

- في تقرير المعهد الدولي للصحة **National Institutes of Health**
- عام ١٩٩٠ يقول أن التوحد يصيب ١ من كل ٥٠ طفل مولود
- في تقرير صدر عن إدارة كاليفورنية للاضطرابات النمائية عام **1999**
- **California Department of Developmental Disabilities**.
- تقدر الإحصاءات الحديثة أن **1** من بين كل **166** شخص يولد مصاب بالتوحد، أو ما يعادل ٦ في كل ١٠٠٠ شخص.
- ترتفع نسبة الإصابة بالتوحد بين الذكور بمقدار أربعة أضعاف عن الإناث.
- لا يحظى التوحد إلا على أقل من **1%** من التمويل المخصص للبحوث الطبية حتى في الولايات المتحدة وبريطانيا، ويقع العبء الأكبر على عاتق المنظمات غير حكومية.

والسؤال الذي أدخل جميع الأسر في دوامة التكلفة الاقتصادية للتوحد:

ولذ نعرض عدداً من الدول المتقدمة التي عرضت لمعيار التكلفة الاقتصادية للتوحد:

ففي بريطانيا

- ففي بريطانيا بتفويض من معهد الصحة العقلية قام كل من البروفيسير مارتن كاناب والبروفيسير كريستر جاربرنج من المركز الاقتصادي للصحة العقلية في بريطانيا بإجراء دراسة في غام ..2. لمعرفة التكلفة الاقتصادية للتوحد في بريطانيا وكانت النتائج كالتالي:
- تقدر تكلفة الشخص التوحدي طوال مدة حياته **£2,94.,538** أي ثلاثة ملايين جنيه إسترليني تقريبا.
- وفي إحصائية صدرت عام **2001** بلغت تكاليف الإنفاق على حالات التوحد في بريطانيا ما يزيد عن واحد بليون جنيه إسترليني في العام.
- التكلفة العالية كانت للتأهيل الحياتي حيث بلغت **7.%** من إجمالي الكلفة الاقتصادية في مقابل **14 %** للنشاط اليومي و**7%** للتعليم.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية:

بلغت إجمالي تكلفة التوحد في العام الواحد طبقا لإحصائيات عام **1999** **13.3** بليون دولار، بما يعادل **36.5** مليون دولار في اليوم الواحد.

بعض نتائج البحوث فيما يتعلق بالجوانب الصحية للأشخاص التوحديين

- نقلا عن معهد بحوث التوحد **Autism Research Institute** وهو معهد غير حكومي وغير ربحي تم تأسيسه عام **1967.**
- تقدر الإحصائيات أن **25%** من التوحديين لديهم نوبات **seizures** بعضها يأتي في الطفولة المبكرة وبعضها يأتي في المراهقة.
- يشير تحليل قاعدة البيانات **database** لآلاف الحالات من التوحديين أن **5.%** من التوحديين يعانون من إسهال أو إمساك مزمن.
- **3.%** من التوحديين لديهم درجة عالية أو متوسطة من البيكا **Pica** وهي تناول

أشياء لا تؤكل كأدوات الرسم، الرمال، التراب، النفايات، الأوراق مما قد يعرض الطفل للتسمم.

- 3.% من التوحديين يعانون من انخفاض بين المتوسط و الحاد في التناغم العضلي مما يحد من تنمية المهارات الحركية الدقيقة نتيجة انخفاض البوتاسيوم لدى هؤلاء الأطفال وزيادة تناول الفاكهة قد يساعد في هذا الجانب.
- يعاني الكثير من التوحديين من الاستيقاظ ليلا وقد يرجع ذلك إلي سريان الحامض المعوي إلى المرئ وينصح في ذلك برفع جانبي السرير من ناحية الرأس بحيث يكون السرير مرتفعا عند الرأس ومائلا عند القدمين مما يمنع من وصول الحامض المعوي إلى المرئ **stomach acid**، كما أن ممارسة التمارين الرياضية العنيفة تساعد على النوم.
- العديد من التوحديين لديهم حساسية مرهفة **Sensory Sensitivities** في السمع أو البصر أو الشم أو التذوق أو اللمس.
- فقد لا يحتمل صوت جرس المنزل أو المدرسة وقد ينزعج من الإضاءات الشديدة كلمبات الفلوريسنت وقد يضطرب من الروائح والعطور النفاذة. وربما يرجع ذلك إلي ارتفاع مستوى العتبة الحسية لدي بعض التوحديين.
- بعض الأطفال التوحديين لديهم تحمل شديد للألم لدرجة أنه قد يصاب في حادث ويحدث له جرح كبير ولا يبدي أي رد فعل للألم نتيجة الجرح الذي به؛

وقد يضع يده على الموقد فتحترق يده بنسبة كبيرة دون أن يبدي أي رد فعل من الإحساس بالألم، على الرغم أن بعض التوحديين لديهم درجة عالية من العتبة الحسية **Sensory Threshold**، وقد حدث هذا فعلاً مع حالة مصرية كان عمره (٥) سنوات عندما دخل أخوانة عليه في المطبخ ووجدوا محمود أخيهم يضع يده على الموقد دون الإحساس بالألم وظلوا يصرخون ويبكون وهو يضحك دون مدرك لعتبة الإحساس وجاءت الأم مسرعة لتنقذ طفلها من الحرق وسقط الأطفال مغشيا عليهم.

وتعد إعاقة التوحـد أو الأوتيزم من أكثر الإعاقات صعوبة وشدة، وذلك من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعانى منها وقابليته للتعلم أو التطبيع أو التدريب أو الإعداد المهني أو تحقيق قدر مناسب من التعلم، أو درجة مناسبة من

الاستقلال الاجتماعي أو الاقتصادي، أو القدرة على حماية الذات إلا بدرجة محدودة ولعدد محدود من الأطفال. كما أنه يعوق قدرات الفرد بصفة حادة، وخاصة في مجالات اللغة والعلاقات الاجتماعية والاتصال.

نسبة حدوث التوحد:

اختلفت الدراسات حول معدل انتشار التوحد حيث تشير أحد الدراسـات إلى أن معـدل حدوث التـوحد هو ٤-٥ لكل ١٠ آلاف طفل تقل أعمارهم عن ١٥ سنة. وتشير باتريشيا روديير Patricia Rodier (٢٠٠٠:١٥) إلى أن من بين كل ١,٠ آلاف طفل يولد ١٦ منهم على الأقل مصابون بالتوحد أو بأحد الاضطرابات المتعلقة به.

وتؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) American Society of Autism أن نسبة انتشار التوحد في الولايات المتحدة ٦ر٠% ويرى كندول Kendall (٢٠٠٠) أن نسبة انتشار التوحد في اليابان أعلى من مثيلاتها من دول العالم حيث تتراوح بين ١٣ر٠% - ١٦ر٠% في حين تبلغ النسبة في المملكة المتحدة ١٠ر٠. أما في الصين فان معدل حدوث التوحد قليل جداً حيث يبلغ ٠٠٤ر٠% (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٢:٣١).

وسواء كان معدل حدوث التوحد مرتفعاً أو منخفضاً فإن الأطفال التوحديين يمثلون فئة من المجتمع و يجب تقديم الخدمات التي تكفل لهم النمو الطبيعي في حدود ما تسمح به قدراتهم.

ومن التعريفات التي تناولت مفهوم التوحد:-

فقد عرف كمال دسوقي (١٩٨٨:١٥٢) الطفل المصاب بالتوحد على أنه ذلك الطفل البالغ الانسحاب من العالم المحيط به الذي قد يمضي ساعات طويلة يلعب بأصابعه أو يقطع الورق ويبدو عليه أنه ضائع في عالم الخيالات الباطن.

فيما وصف جابر عبدا لحميد وعلاء كفافي (١٩٨٨:٣١٥) الطفل التوحدى بأنه ذلك الطفل الذي فقد الاتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الاتصال قط، وهو منسحب تماماً ومنشغل انشغالاً كاملاً بخيالاته وأفكاره وبالأنماط السلوكية المقبولة كبرم الأشياء أو لفها والهزهزة، ومن خصائصه الأخرى لا مبالاته إزاء

الوالدين والآخرين وعجزه عن تحمل التغير، وعيوب النطق والخرس.

ورأى فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠:٥,٥.) أن التوحد هو اضطراب من اضطرابات الطفولة يجعل صاحبه غير قادر على التواصل مع الآخرين ويميل إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية.

ويؤكد جيلبرج Gilberg (١٩٩٢:٣٨٦) على أن التوحد هو زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة ومصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفض وتتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي.

ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢:٦٤٢) أن طفل الأوتيستك هو طفل لديه خلل في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وكثير منهم يظهرون الفزع والخوف واضطرابات النوم والأكل ونوبات المزاج العصبي والعدوان وإيذاء الذات كما أن أغلبهم يفتقدون التلقائية والمبادرة والقدرة على الابتكار في شغل أوقات فراغهم.

ويعرف رمضان القذافي (١٩٩٤:١٥٩) التوحد بأنه حالة اضطراب عقلي يصيب الأطفال ويؤدي إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي والاجتماعي والانفعالي والذهني.

ويرى أوسترلنج Osterling (١٩٩٤:٢٤٧) أن التوحد يتضمن قصورا في التواصل الاجتماعي وتأخر في النمو اللفظي المصاحب بشذوذ في شكل ومضمون الكلام والترديد الآلي وعدم القدرة على استخدام الضمائر بالإضافة إلى النمطية والإصرار على الطقوس دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف إزاء أي تغيير.

بينما وصفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤,٦) التوحد بأنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثرا بذلك على الاتصالات اللفظية وغير اللفظية والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر في سن قبل ثلاث سنوات ويؤثر بدوره على الأداء في التعليم، ويظهر هؤلاء الأطفال مقاومة شديدة للتغيير في روتينهم اليومي وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة، ويتم تشخيص التوحد طبقا لتوافر ٦ أو أكثر من المواصفات المندرجة في ١ و ٢ و ٣

على أن تشتمل على اثنتين على الأقل من مجموعة ١ وواحدة على الأقل من كل من مجموعة ٢ ومجموعة ٣.

<u>مجموعة (١):</u> خلل في التفاعل الاجتماعي المتبادل والذي يظهر في:

أ- نقص في استخدام العديد من أشكال السلوك غير اللفظي.

ب- العجز عن إقامة علاقات مع الأقران.

ج- لا يسعى بتلقائية في التشارك مع الآخرين.

د- الافتقار إلى تبادل العلاقات الاجتماعية والعاطفية.

<u>مجموعة (٢):</u> خلل نوعي في التواصل والذي يظهر في:

أ- تأخر أو انعدام نمو الكلام.

ب- نقص ملحوظ في القدرة على التلقائية في الكلام للأفراد القادرين على الكلام.

ج- الترديد أو التكرار الآلي للكلام أو استخدام لغة شخصية شاذة.

د- نقص اللعب الخيالي التلقائي.

ويقصد بذلك أن ينطق الفرد الكلمات بالطريقة المألوفة في مجتمع ما وتعتبر ظاهرة التشويه في نطق الكلمات أمراً مقبولاً حتى سن دخول المدرسة ولكنها لاتعتبر كذلك فيما بعد ذلك العمر، فالفرد الذي يكثر من مظاهر تشويه نطق الكلمات يعاني من مظهر ما من مظاهر الاضطرابات اللغوية.

أ- صعوبة التذكر والتعبير:

ويقصد بذلك صعوبة تذكر الكلمة المناسبة في المكان المناسب ومن ثم التعبير عنها وفي هذه الحالة يلجأ الفرد إلى وضع أية مفردة بدلا من تلك الكلمة.

ب- فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها:

في هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يفهم اللغة المنطوقة كما لا يستطيع أن يعتبر غن نفسه لفظيا بطريقة مفهومة ويمكن التعبير عنها بأنها فقدان القدرة على فهم اللغة أو إصدارها المكتسبة والتي تحدث

للفرد قبل اكتسابه اللغة ويترتب على إصابة الفرد بهذه الحالة مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين وفي التعبير عن الذات وفي المحصول اللغوي للفرد فيما بعد وتصاب مثل هذه المشكلات أثار انفعالية سلبية على الفرد نفسه.

ج- **صعوبة فهم الكلمات أو الجمل:**

ويقصد بذلك صعوبة فهم معنى الكلمة أو الجملة المسموعة وفي هذه الحالة يكرر الفرد استعمال الكلمة أو الجملة دون فهمها.

<u>مجموعة (٣):</u> التكرار الآلي لأنماط محددة من السلوك والذي يظهر في:

أ- الانشغال التام بواحد أو أكثر من أنماط الاهتمام المحددة.

ب- التمسك المتصلب بروتينيات وطقوس معينة.

ج- نمطية حركية تتسم بالمعاودة والتكرار الآلي.

فيما عرف ديني **Danni** (٢٠٠٢:١٧) التوحد بأنه شكل عصبي يرتكز على صعوبة نمائية عادة ما يظهر أعراضه في تواصل الأشخاص وتعميماتهم ومهاراتهم في صنع القرار، وعادة ما تلاحظ هذه الأعراض في الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل.

ويذكر عادل عبدالله (٢٠٠٢:٣٢) أن التوحد هو نوع من الاضطراب النمائي المنتشر أي الذي يؤثر سلباً على عدة مجالات لعملية التطور، ويتسم بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما يصيب الطفل قبل أن يبلغ الثالثة من عمره كما يتسم أيضا بوجود نوع من الأداء غير السوي في مجالات ثلاثة هي:

أ- التفاعل الاجتماعي.

ب- والتواصل الاجتماعي اللغوي.

ج- والسلوك النمطي المقيد التكراري.

ويشير عادل عبدالله (٢٠٠٢:٢١) إلى أن اضطراب التوحد يعد بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر، إذ يستخدم مصطلح الاضطراب النمائي العام أو المنتشر في الوقت الراهن للإشارة إلى تلك المشكلات النفسية الحادة التي يبدأ

ظهورها خلال مرحلة المهد، ويتضمن مثل هذا الاضطراب قصوراً حاداً في نمو الطفل المعرفي، والاجتماعي، والانفعالي، والسلوكي.مما يؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر عام في العملية النمائية بأسرها، إذ يرجع تسمية هذا الاضطراب بالمنتشر إلى أنه يترك آثارا سلبية متعددة على الكثير من جوانب النمو المختلفة.

ويرى جمال الخطيب وآخرون (٢:٣٢٥..٧) أن التوحد هو اضطراب نمائي شامل يؤثر على الفرد في الجوانب الاجتماعية واللغوية والسلوكية في مرحلة الطفولة، وأنه اضطراب معقد يكتنفه الكثير من الغموض فيما يتعلق بأعراضه ودلالاته وتشخيصه وتداخله مع الاضطرابات والإعاقات الأخرى، الأمر الذي جعل بعض الباحثين يطلقون عليه الإعاقة الغامضة، وتعتبر المشكلات في جوانب التفاعل الاجتماعي.

ومن أهم المؤشرات والدلالات التي يتم من خلالها تشخيص التوحد وهي :

١) عدم التواصل البصري.
٢) مشكلات في اللعب .
٣) صعوبة في فهم مشاعر الآخرين.
٤) عدم القدرة على تكوين صداقات والاحتفاظ بها.
٥) عدم تطور الكلام بشكل كلي والاستعاضة عنه بالإشارة أحيانا
٦) تطور اللغة بشكل غير طبيعي.
٧) السلوك النمطي والتعلق بأشياء محددة.

وتتضح لنا من خلال سرد الكثير من التعريفات أن التوحد إعاقة تصيب الأطفال في سن مبكرة سواء بشكل كلى أو جزئي خاص بالتواصل الاجتماعى داخل الأسرة أو خارجها مما يطلق عليه بالعجز أو المعوق نجده متوحدا مع نفسه صامتا معظم الوقت حبسا نفسه داخل غرفته كما أطلق عليه راهين المحبسين .

فالتوحد إعاقة شرسة مدمرة لجميع الجوانب النفسية والسلوكية والعقلية والاجتماعية وكل مظاهر الحياة لدى الطفولة، ولقد لمسنا بأنفسنا الكثير من الحالات التي كانت تتردد على مراكز التخاطب والمراكز النفسية والسلوكية عدم تحسن ملموس يذكر في مجال التواصل اللفظي والاجتماعى مما يصيب الأسرة بالإحباط

والعجز والفشل تجاه تحسن ملموس يعطيهم الأمل في نجاة طفلهم وتظل الحالة كما هي محبوسة داخل غرفتها دون تقدم يذكر .

كما قام عادل الأشول (١٩٨٧: ١١٢) في موسوعة التربية الخاصة وميلاد بشاي (١٩٩٤: ١١) في المعجم الطبي الحديث بترجمة كلمة أوتيزم بالانشغال بالذات والأنانية، في حين تمسك بعض الباحثين في دراستهم باستخدام مصطلح "الاضطراب التوحدي" كترجمة لكلمة أوتيزم كعمر بن الخطاب (١٩٩١) وعادل عبدا لله (٢٠٠١)، والذاتوية مصطلح اعتبر ترجمة لكلمة أوتيزم أدخلت في بعض الدراسات كدراسة هدى أمين (١٩٩٩)، في حين تمسك البعض بلفظ التوحد أو الاوتيستك في دراسته العربية دون ترجمة للمصطلح

كهشام الخولي (٢٠٠٤) و(٢٠٠٦) في الأوتيزم-الأتيستيك الخطر الصامت يهدد أطفال العالم التشخيص-الإرشاد -العلاج.

كما رأى محمد خطاب (٢٠٠٤:١٩) أن هناك إشكالية في الاتفاق على مصطلح واحد يستخدم في التعبير عن كلمة **Autism** غير أنه يتعين الإشارة إلى أن أكثر المصطلحات استخداما في الآونة الأخيرة هو مصطلح " التوحد، وفي نفس الوقت يجب الإشارة إلى أن شيوع استخدامه لا يعني أنه أكثر دقة في التعبير عن المضمون لهذه الإعاقة.

إذن هو اضطراب نفسي اجتماعي يشمل مجموعة من جوانب الشخصية على شكل متلازمة (**Syndrome**)، تتضمن على ما يلي:

١) اضطراب في سرعة النمو.
٢) اضطراب في الاستجابات للمثيرات الحسية.
٣) اضطراب في التخاطب وفى اللغة وفى البنية المعرفية
٤) اضطراب في التعلق والانتماء والتفاعل الاجتماعي الطبيعي مع أفراد الأسرة وغيرهم.
٥) نقص في الأنماط الحركية التي يتم ممارستها.
٦) تكرار النمط الحركي الواحد مرات عديدة.
٧) تكرار اللفظ الواحد أو العبارة القصيرة الواحدة مرات عديدة.

أعراض التوحد

تتنوع أعراض التوحد التي يظهرها الأطفال التوحديين وليس بالضرورة توفر جميع أعراض التوحد في الطفل وتم رصد حوالي خمسة نماذج للتوحد، للنموذج التقليدي الشائع منهم الأعراض التالية:

انشغال الطفل لساعات متتالية باهتمامات ونشاطات لا يمل تكرارها، يسلك خلالها بطريقة روتينية وكأنه يمارس طقوساً هامة لا يحيد عنها، كأن يجلس على أرضية الغرفة (وربما وجهه نحو الحائط) ويقلب بيديه إحدى أدوات اللعب المألوفة له أو الجديدة عليه، وقد يردد أثناء ذلك كلمة أو عبارة قصيرة بعينها مرات لا نهائية العدد لدرجة تصيب المستمعين بالضجر الشديد فإذا نهروه فإنه قد يردد نفس كلماتهم وكأنها تحدث صدى حين ترتطم به، وإذا حاولوا إغراءه بالطعام فغالباً لا يستجيب، وإذا اشتدوا معه فقد يتوقف عن هذا العمل "الإجترارى" وتنتابه نوبة هياج عصبي وحركي يمارس خلالها أعمالاً عدوانية على الذات أو على المخالطين له.

وأثناء عملي مع الحالة كان محمود ينظر إلى جهة النافذة واضعا يدة على فمه مرددا بدجى أو بطبك أو لولي أكثر من مره من الممكن أن تكون عدد المرات والنظرات أكثر مما تتخيل كأن له عالم خاص به، أو كأن خلف النافذة شيء يراه هو ولا نراه نحن، وقد فسرت نظراته للنافذة كأنها سجنه وخاصة النافذة عليها حديد وهو المتنفس الوحيد له.

وبناء على ما سبق فإنه لا يوفر وقتاً للاختلاط بغيره من البشر صغاراً أو كباراً، لذلك فإن خبراته الاجتماعية ضعيفة للغاية، فلا يخرج عن تمركزه حول ذاته، ولا يتعاطف مع غيره، ومن هنا جاءت تسميته "بالطفل الذاتوى"، و"التوحدي" لتوحده مع نفسه دون التوحد النفسي مع نموذج بشرى كالأب أو كالأخ الأكبر بعكس ما يفعله الأطفال العاديون، وتتدرج الأعراض في شدتها من الدرجة الخفيفة إلى الشديدة. ونظراً لكثرة هذه الأعراض فقد تم تقسيمها إلى ست مجموعات أساسية وهى كالتالي:

أولاً: العزلة الاجتماعية والقصور في مهارات التفاعل الاجتماعي:

يتميز الأطفال التوحد يون بالعزلة وفقدان القدرة على الاستجابة للآخرين بصورة عامة وشديدة حيث يبدو أن الأطفال التوحديين يعيشون مع أنفسهم دون أن يعيروا أي انتباه لوجود الآخرين أو عدم وجودهم. وفى حالة وجود الناس بالقرب منهم فقد يعاملهم الأطفال باعتبارهم أشياء وليسوا بشراً. فقد يمسك الطفل بيد شخص لتحريك مفتاح الإضاءة دون أن يتفاعل معه مطلقاً.

كما لا يستجيب هؤلاء الأطفال للأفراد المسئولين عن رعايتهم فلا يميلون إلى معانقة الأم أو الابتسام أو الابتهاج لحضور أمهاتهم ولا يحبون أن يمسكهم أحد أو يلمسهم (ريزو وزابل **Rizo & Zabel**، ١٩٩٩:٣٨٩) كما إنهم يتصرفون وكأنه ليس هناك أحد من حولهم فلا يرد على من يناديه ولا يسمع لك وأنت تحدثه، (سميرة السعد، ١٩٩٢:٣٦) ولا يستطيع الأطفال التوحديون القيام ببعض المهارات الجماعية البسيطة لضعف قدرة هؤلاء الأطفال على التقليد.

ثانياً: القصور في مهارات التواصل:

أ) التواصل اللفظي Verbal Communication

قد توجد لدى الأطفال القدرة على ممارسة الكلام أو قد لا توجد وفى حالة الأطفال الذين يستخدمون الكلام فإنهم يستخدمونه بطريقة غريبة أو غير مألوفة كما سبق أن لاحظ كانر. ويبدو أن ٥٠% من الأطفال التوحديين تقريباً لا تنمو لديهم القدرة على ممارسة الكلام بصورة مفيدة. (كامبل وجرين **Campbell & Green**، ١٩٨٥)

أي أن بعض الأطفال التوحديين لا يتكلمون أبدا طوال عمرهم والبعض الآخر وتقريباً أكثر من ٥٠% يتعلمون كيف يقولون بعض الكلمات و عادة ما يبدأ ون الكلام في وقت متأخر عن الأطفال العاديين. (سميرة السعد ١٩٩٢،٣٣) كما أنهم يقومون بعكس الضمائر فمثلاً عند التعبير عن الضمير أنا قد يقول أنت. كما تنتشر بينهم المصاداة "**echolalia**" حيث يكررون الكلام كما يقال فمثلاً عن سؤاله كيف حالك؟ يرد يقول كيف حالك ويستخدم هؤلاء الأطفال خصائص النغمة

والطبقة والشدة بصورة غير عادية، كما يكون لديهم لزمات صوتية يكررونها من وقت إلى آخر مثل الإصرار على صوت أو كلمة أو جملة معينة.

ب) التواصل غير اللفظي Non Verbal Communication

يعد التواصل غير اللفظي من قنوات التواصل التي تتضمن استخدام ملامح الوجه والأوضاع الجسمية والإيماءات. وتؤثر هذه الإشارات في تيسير التواصل والتفاعل مع الآخرين. (Majrie kostelnik, 1993:153) وتشتمل قنوات الاتصال غير اللفظي أيضاً على قراءة الشفاه أو لغة الأصابع أو الكتابة. ويعانى الأطفال التوحديون من صعوبة استخدام هذه اللغة المرئية وفهمها.(سميرة السعد، ١٩٩٢: ٣٥)

ثالثاً : النمطية و محدودية النشاطات والاهتمامات:

تعد الرغبة القهرية في الحفاظ على ثبات البيئة من الخصائص الجوهرية التي تميز حالات التوحد. كما لاحظها كانر ودعمها كثير من الباحثين من بعده (ريملاند Rimland،١٩٦٤) فقد يتميز بعض هؤلاء الأطفال بالقدرة على الوعي الدقيق لأوضاع الأشياء في البيئة ويصرون على عدم أجراء أي تغييرات لأوضاع هذه الأشياء. مثل ترتيب الإناث ووضع اللعب وطريقة إعداد المائدة وقد يتعرض الطفل التوحدي للحزن والألم بل وللثورة العارمة إذا ما طرأ أي تغير عليها. (ريزو وزابل Rizo & Zabel،١٩٩٩:٣٩)

وقد يظهر الأطفال التوحديين التمسك بروتين يومي يحافظون عليه بشكل دائم ويثورون إذا ما تغير هذا الروتين، ونظراً لقصور قدرة هؤلاء الأطفال على التفاعل والتواصل مع الآخرين فإن اهتماماتهم تكون محدودة للغاية وقد تتمثل في أشياء تافهة مثل الرغبة في الاحتفاظ بلعبة معينة أو الالتصاق بأشياء معينة أو تحريك شئ يتدلى من أعلى أو التحديق بمروحة وهى تدور بصورة مستمرة ويلاحظ أن اهتمامات الأطفال التوحديين تتعلق بالأشياء لا الأشخاص،كما يفتقر هؤلاء الأطفال إلى القدرة على اللعب التخيلي.

رابعاً: الاضطرابات والمشكلات السلوكية:

يعد السلوك النمطي Stereotypic Behavior من السلوكيات الأساسية التي يظهرها الأطفال التوحديون ومن هذه السلوكيات أرجحة الجسم الأمام والخلف أو أرجحة الجسم يميناً ويساراً بالارتكاز على إحدى القدمين بالتناوب، أو الرفرفة بالذراعين والنقر بالأصابع والمشي على اطراف القدمين، والتصفيق.

وتشير جانيت لينهارت Janet Lainhart (١٩٩٩:٣) إلى أن ٢.-٣.% من الأفراد التوحديين يصابون بنوبات صرع في مرحلة البلوغ.

كما ينتشر سلوك إيذاء الذات بنسبة ٢.% بين الأطفال التوحديين وكثيراً ما يعانى الأطفال التوحديين من نوبات الغضب وتقلب الحالة المزاجية دون سبب يمكن الرجوع إليه، فقد يتقلب الطفل بين البكاء والضحك أو العكس دون سبب ظاهر لنا.

خامسا: القصور في التكامل الحسي:

يعانى الأطفال التوحديون من قصور في التنظيم الحسي إما أن يكون في صورة حساسية زائدة أو منخفضة أكثر من الطبيعي للمثيرات الحسية وقد يكون هذا القصور أو الخلل عاملاً مسبباً للسلوكيات النمطية الشاذة التي كثيراً ما يندمج فيها أطفال التوحد.

وتشير تمبل جراندين التي تمثل أحد هؤلاء العباقرة الذين أعطاهم التوحد دفعة قوية للوصول إلى أعلى الدرجات العلمية حيث قالت من وحى تجربتها الخاصة عن المشكلات الحسية أن المثيرات الحسية السمعية والبصرية التي يتعرض لها الطفل العادي بشكل طبيعي و روتيني في حياته اليومية قد تسبب ضيقاً و إزعاجاً وتوتراً عصبياً أو إحباطا وخوفاً عند بعض أطفال التوحد وتختلف درجة حساسية الأطفال لتلك المثيرات من البسيط إلى الشديد فقد نشاهد أحد أطفال التوحد يضع يديه على أذنيه بشكل متكرر مما يدل على أن هذا الطفـل يعانى من حساسية زائدة لسماع الأصوات بينما طفل آخر يضع يديه أمام عينيه وينظر أمامــه من بين تلك الأصابع أو يحرك أصابعه أمام عينيه مما يوحى بأن هذا الطفل يعانى من حساســية

بصرية، وكثيراً ما يفاجئ الطفل الذي يعاني من الحساسية الشـديدة من حوله بثورة غضب عارمة نتيجة مثيرات بصرية أو سـمعية فوق ما تحتمل طاقته الحسية Sensor Over Load. (عثمان فراج،٢٠٠١: ١٨-١٩).

سادساً: الأداء الوظيفي والقدرات العقلية:

يحدث التوحد على متصل يتراوح بين الخفيف إلى الشديد. وكل طفل يمثل حالة فرديه كما أن معدل الذكاء يمتد من التخلف العقلي إلى التفوق العقلي والموهبة (Rutter & Schopler، ١٩٨٧).

وتوضح جانيت لينهارت Janet Lainhart (١٩٩٩:٣) إلى أن ٧٥ % من حالات التوحد يعانون من مستوى وظيفي منخفض بينما أشارت دراسات أخرى إلى أن هذه النسبة ٧. % أو أقل. بينما نجد أن ٢٥% من الأطفال التوحديين يتمتعون بمستوى وظيفي مرتفع. وقد أشار كانر إلى أن أفراد عينه دراسته كانوا يتمتعون بقدرات عقلية جيدة وملامح تدل على اليقظة والوعي ومستوى ذكاء مرتفع.

وهكذا فان التعامل مع الأطفال التو حديين على أنهم يعانون من التخلف العقلي Mental Retardation هو أمرا خاطئ. ولعل ما يجعل البعض يصدر هذا الحكم على الأطفال التوحديين هو أعراض التوحد التي تغلف الطفل وتجعله عاجزاً عن التعبير أو المشاركة مع الآخرين.

كما إننا يجب أن نضع في الاعتبار عدم قدرة بعض الأطفال التوحديين على الأداء في اختبارات الذكاء مما يجعلهم يظهرون في مستوى وظيفي أقل من قدراتهم الحقيقية،إلا أنهم يظهرون التوحد بدرجاته المختلفة حيث يجدون نقص في التمتع مع الآخرين ويسعون للإصرار على شئ معين وإظهار الافتقار إلى اللعب التخيلي وتكرار الحركات النمطية (محمد بن احمد الفوزان،٢٠٠٠:٢٣) ويكرر هؤلاء الأطفال العبارات والأسئلة التي يوجهها لهم الآخرون كما يكررون بعض الكلمات أو الأصوات. ويكون الكلام منغما وذو إيقاع و نادراً ما يستخدمون نعم (Yes) أو الضمير أنا، كما يقلبون الضمائر مثل أنا يقلبونها أنت. (مايلز سميث وسمبسون ريتشارد Myles, smith Simpson, Richard,1995)

ويخلط الكثيرون بين حالات التوحد ذات الأداء الوظيفي المرتفع و حالات إسبرجر Asperger s Syndrome ويرجع ذلك إلى تشابه الأعراض بينهما حيث يشتركان في القصور الوظيفي في الناحية الاجتماعية والصعوبة في الانتماء إلى الآخرين ووجود عدد قليل من الأصدقاء أو عدم وجود أصدقاء بالمرة و نجد إن حالات إسبرجر تنزع لإظهار انفعالات وجهيه بسيطة إلا أنهم يجدون مشكلة في تفسير تعبيرات وجه الآخرين.

إلا أن أكثر ما يميز حالات اسبرجر القدرة اللغوية الفائقة والتي تجعل أباتهم أحيانا لا يقبلون هذا التشخيص ويصفون أبناؤهم انهم يعانون نقص انتباه، و يستطيع الطفل المصاب بهذا الاضطراب الكلام لمدة طويلة دون ملل ويتكلم أحيانا بأسلوب غريب ومؤثر، كما أن اهتمامات أطفال إسبرجر تكون كثيرة وتفصيلية وتتصل بالبيئة حولهم. ويطلق البعض على الطفل الذي يعانى من اضطراب اسبرجر البروفسور الصغير Little Professor حيث يظهر وكأنه يتقيأ الحقائق والأرقام. (Susaman, Edward, 1996)

أسباب التوحد

وتنتج الإعاقة عن مسببات مختلفة، منها كاعتلالات وراثية كاعتلالات الصبغيات أو خلل في المورثات أو حدوث طفرات بها، وأخرى بيئية وتشمل إصابة الأم أثناء الحمل بالالتهابات الميكروبية كالحصبة الألمانية وغيرها أو تناول العقاقير أو تعرضها للأشعة الكونية أو المتأنية أو تعاطيها التدخين والمشروبات الكحولية أو تعرضها لصعوبات أثناء الولادة، وبذلك يتعرض الطفل للإصابة بالالتهابات الميكروبية كشلل الأطفال والكزاز والتكاف أو تعرضه للحوادث أو غيرها.

وتسبب الاعتلالات الوراثية، الناتجة عن تغيرات في المادة الوراثية، إعاقات وأمراضاً مستعصية منها التشوهات الجسدية والاختلالات العقلية وقصور في القدرات الذهنية ينتج عنها خلل وتلف في أعضاء الجسم وقصور في أدائها لوظائفها الحيوية.

كما أن فترة حدوث هذه المسببات وبالتالي التغيرات المؤدية إلى درجات

من القصور والعجز في مراحل مختلفة من النمو، قد تحث في مرحلة بدء تكوين الجنين أو خلال فترة الحمل أو ما بعده تبعاً للمسببات وأنواعها

وترجع أسباب التوحد إلى وجود عاملين أساسيين لدى الطفل وهي :

١) عوامل جينية وراثية.

٢) عوامل خارجية كتلوثات البيئة- معظم الحالات غير معروفة السبب ومع ذلك فإن الأبحاث تشير بقوة إلى العوامل الوراثية **genetic component** وكذلك فإن العوامل البيئية **environmental** والمناعية **immunologic** والتحول الغذائي **metabolic** تؤثر في تطور المرض.

٣) ومن ناحية العامل الوراثي فكما يبدو للعلماء لا يوجد عامل وراثي واحد **no single gene** هو المتسبب ولكن عدة عوامل **number of different genes** والتي عندما تجتمع معا **combine together** فإنها تزيد من مخاطر الإصابة بالتوحد، وفى الأسر التي يكون فيها طفل واحد مصاب بالتوحد يكون احتمال إصابة طفل آخر من ٣ إلى ٨ بالمائة، وفى التوائم الذين ينشأ ون من بويضة واحدة **monozygotic twins** تصل نسبة الإصابة في أحدهم إذا أصيب الآخر إلى ٣. بالمائة، كما تشير عدة أبحاث إلى أن نسبة الإصابة في الأطفال ذوى القرابة من الدرجة الأولى لأطفال مصابين تكون أكبر منها في الأقارب لأطفال عاديين.

الأسباب الجينية والاضطرابات النمائية

تحدث الاضطرابات النمائية الناتجة عن عوامل جينية إما بسبب وجود خلل في الكروموسوم الموجود عليه الجين، وإما بسبب حدوث خلل في الجين نفسه، وينتج ذلك من أخطاء تحدث عند نمو البويضة أو الحيوان المنوي، فقد يحدث هذا الخطأ قبل بدء الحمل،وقد يحدث أثناء عملية انقسام الخلية حيث تنفصل البويضة أو الحيوان المنوي ومعه كر وموسومات قليلة أو كثيرة، وعندما تلتحم الخلية التي تحمل عدد خاطيء من الكروموسومات مع بويضة أو حيوان منوي

طبيعي، ينتج عنه جنين لديه خلل في الكروموسومات، ويطلق على الاضطراب الكروموسومي بشكل عام تريزومي **Trisomy**.

وفي بعض الحالات التي يحمل فيها الطفل الجنين عدد خاطيء من الكروموسومات لا يستمر الطفل على قيد الحياة، وقد يحدث إجهاض للطفل – تبلغ حالات الإجهاض التي تحدث بسبب الاضطراب الكروموسومي حوالي من ٧.% حالات الإجهاض.

وتسمى الاضطرابات التي تحدث للجينات باسم "طفرة" **Mutation** وتحدث عند وجود أي خلل في ترتيب الأحماض النووية على ذراع الكروموسوم، ويتم هذا الخلل على النحو التالي:

كل جين يصنع بروتين مختلفاً عن البروتين الذي يصنعه الجين الآخر، ذلك على الخلية قراءة ما بداخل الجين لكي تصنع البروتين المناسب.

إن خطوات تحضير البروتين من الجين تتم عن طريق لغة خاصة بها تسمي الشفرة الوراثية، وهي عبارة عن الأحماض النووية التي تُرص جنباً إلى جنب على ذراع الكروموسوم.

وتختلف أنواع البروتينات عن بعضها البعض باختلاف ترتيب هذه الأحماض النووية، لذلك فإن أي خلل في هذا الترتيب يؤدي لخلل في تكوين البروتين، ويسمى هذا الخلل بالطفرة. وقد تحدث الطفرة في داخل خلية واحدة من الجسم وقد تكون في جميع الخلايا. وعند وجودها في جميع الخلايا فإنها توحي أنها قد حدثت في وقت مبكر من العمر –عندما كان عدد الخلايا في الجسم قليلة– أو قد تكون الطفرة موجودة في البويضة أو الحيوان المنوي، لذلك فمن الممكن أن يرث الطفل الطفرة من والديه، ومن الممكن أن تحدث طفرات جديدة في الخلايا ولم تكن موجودة عند الوالدين لأنها قد تحدث بعد تكوين الجنين. لذا فالطفرات قد تكون موروثة (من أحد الوالدين) أو غير موروثة.

وعلى الرغم من ذلك فإن بعض من هذه الطفرات لا يسبب مشكلات أو اضطرابات للفرد، وتكون الطفرة غير ضارة إذا حدثت الطفرة خارج حدود الجين، أي لم تحدث في الجين نفسه ولكن حدثت بجانبه في المكان الفاصل بين الجينات،

أو إذا حدثت الطفرة داخل حدود الجين ولكنها حدثت فقط في نسخة واحدة من الجين ولم يصب الجين الآخر بأي عطب.

وهذه قاعدة عامة ولكن هناك عدة استثناءات للحالة الثانية وفيها تكون الطفرة مؤذيه حتى وإن كانت موجودة في نسخة واحدة من الجين .

ومن هذه الاستثناءات:

١) عندما ينتج الجين المصاب بطفرة بروتين غير طبيعي فيفسد هذا البروتين، البروتين الطبيعي الموجود في الخلية والذي ينتجه الجين السليم.

٢) عندما تكون الكمية التي ينتجها الجين السليم لا تكفي في سد النقص الحادث من عطب في الجين الثاني، فتكون الكمية في داخل الخلية ناقصة، وهنا يحدث الاضطراب.

٣) قد تؤثر الطفرة على الجين بشكل عكسي، فبدلاً من أن تقل الكمية التي ينتجها الجين المصاب بالطفرة يحدث العكس وتزيد الكمية المنتجة والمسموح به داخل الخلية وهذه الزيادة تؤذي الخلية و تسبب الاضطراب.

Genetic Information and Patient Service, 2..2)((Genetic Science Learning Center,2..3)

أساليب تشخيص اضطراب التوحد:

ويشمل تقييم حالة المريض التاريخ المرضى ونتائج الفحص الطبي وتقييم السمع وبعض نتائج التحاليل والفحوص مثل الاختبارات الوراثية **genetic tests** والمتعلقة بالتمثيل الغذائي **metabolic tests** وصور أشعة الرنين المغناطيسي للمخ **brain MRI** والرسم الكهربي للمخ **EEG** والكلام **speech** واللغة **language** وتقييم التواصل **communication assessment** وتقييم الإدراك والسلوكيات **cognitive and behavioral assessments** (ويكون التركيز على المهارات الاجتماعية **social skills** والعلاقات **relationships** ومشاكل التصرفات **problem behaviors** والدافع أو الحافز **motivation** والتعزيز والتقوية

reinforcement والوظيفة الحسية sensory functioning وتنظيم النفس self regulation) وتقييم أكاديمي academic assessment (الوظيفة التعليمية educational functioning وأسلوب التعلم learning style)

ويمكن التعرف على الأطفال التوحديين اعتباراً من سن الثالثة، فنجد من بين كل ١٠ آلاف طفل ما بين ١٥ – ٢٠ طفلاً توحدياً، كذلك لوحظ أن نسبة انتشار التوحد بين الجنسين هي ٣ أو ٤ من البنين إلى ١ من البنات. واختلاف تلك التقديرات تعزى إلى ثلاثة أمور:

١) الاختلاف في دقة الإجراءات الإحصائية.
٢) الاختلاف في دقة أساليب التشخيص المتبعة في فحص الأطفال.
٣) مدى رغبة الدولة في الإفصاح عن مشاكلها.

ويقوم أسلوب تشخيص هذا الاضطراب في معظم دول العالم على الاستعانة بواحد أو أكثر من التخصصات الآتية:

١) طبيب نفسي.
٢) طبيب أطفال تخصص إعصاب.
٣) طبيب أطفال تخصص نمو.
٤) أخصائياً اجتماعياً.
٥) أخصائياً في سمع.
٦) معلم في التربية الخاصة.

أما في الدول المتقدمة فيقوم أسلوبهم على تكليف فريق عمل متكامل بتلك المهمة، والفريق يضم التخصصات الآتية:

١) طبيب نفسي ويدعمه مختبر تحاليل طبية، فحوصات السمع، تخطيط للمخ وتحليل إفرازات الغدد الصماء خاصة الغدة الدرقية.
٢) أخصائي نفسي مزود بمجموعة اختبارات للذكاء والقدرات الخاصة.
٣) أخصائي تخاطب قادر على تقييم المستوى اللغوي للأطفال.
٤) أخصائي في التشخيص التعليمي قادر على تقييم القدرات الاستيعابية الأكاديمية والمهارية بأنواعها.

<u>وخلال عمليات التشخيص يتم الاستعانة بالأدوات الآتية:</u>

أولاً- تقديم مجموعة من الأسئلة عددها حوالي (٩٧) سؤالاً للآباء ضمن ما يسمى بالمقابلة التشخيصية للتوحد **(Autism Diagnostic Interview/ADI)** تدور حول استطلاع المظاهر النمائية اللغوية والحركية للطفل محل التشخيص من سن ٢ حتى ٦ سنوات.

ثانياً- تقديم مجموعة من الأسئلة عددها حوالي (٤٠) سؤالاً للمخالطين للطفل في عامه الرابع لاستطلاع قدراته في مجال الاتصال اللغوي والحركي والرمزي بالغير.

ثالثاً- قوائم للملاحظة المباشرة للطفل قبل السنة الثانية من عمره من وضع "وندى ستون **"Wendy Stone/** يستخدمها المخالطون للطفل خلال مراقبتهم له في أنشطته كاللعب الحر، وقيادته لدرجات أو سيارات الأطفال، ومظاهر انتباهه لما يجرى حوله من أحداث.

رابعاً- اختبار تقديم مستوى التوحد الذي وصل إليه الطفل المصاب به فعلاً، وهذا الاختبار من وضع "إيريك سكوبلر **Eric Schopler**، ويقوم على ملاحظة الكبار له في أنشطة: علاقته بالآخرين واستجابته لنداءات الغير، ومستوى اتصالاته الشفهية مع الآخرين، تعبيراته الجسدية لمحاولات الاتصال به، ومدى قابليته للتوافق مع ما يجرى من تغيرات في أوضاع الأشياء وفى مجريات الأحداث من حوله.

خامساً- مقاييس مشتقة من المحكات التي تم عرضها في الطبعة الرابعة (١٩٩٤) من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض الاضطرابات النفسية الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي **"A.P.A".**"تشخيص التوحد يتم مبكراً من عمر ١٨ شهر في مراكز متخصصة وذلك باستعمال اختبارات عالمية معتمدة في تشخيص التوحد مثل اختبار **ADI, ADOS** والدليل التشخيصي الرابع **DSM-IV** (١٩٩٤) فتشير إحصائياته إلى أن حوالي خمسة أطفال من كل عشرة آلاف طفل وبنسبة اكبر بين الذكور عن الإناث بنسبة ٤:١.

تهدف هذه المقاييس إلى جمع معلومات عن البناء اللغوي لدى الفرد

ومحتواه ودلالات الألفاظ واستخدام اللغة ونطق الكلام (الطلاقة اللغوية) وخصائص الصوت والهدف من التشخيص هو تحديد طبيعة اضطراب التواصل ومعرفة مدى قابليته للعلاج، ويتطلب ذلك دراسة حالة الطفل التي يجب أن تحتوي على المظاهر النمائية والتطورية لدى الطفل.

ويؤكد ميشيل Michael(١٩٩٣:١٠) على أن الدراسات الحديثة التي أجريت في أمريكا أشارت إلى أن أكثر من ٣٦..... شخصاً مصاب بالتوحد ثلثهم من الأطفال، كما أن نسبة الإصابة بالتوحد تتراوح حوالي ٤ أو ٥ مولود من كل عشرة آلاف.

ويذكر هشام الخولي (٢٠٠٤:٢،٨:٢) أن التقارير الحديثة لنسبة انتشار اضطراب التوحد في العديد من البلدان في المملكة المتحدة وأوروبا وأسيا تتراوح ما بين ٢ إلى ٦ أطفال من كل ١٠٠٠ طفل.

ويؤكد بوجداشين Bogdashina (٢٠٠٥:٣٦:٢) على أن الإصابة بالتوحد بين الذكور أكثر من الإناث وان نسبة الإصابة بالتوحد تتراوح من ٣. إلى ١٦ طفل من كل عشرة آلاف طفل.

أما على المستوى المحلي لم توجد إحصائيات رسمية بمدى انتشار التوحد في مصر إلا أن محاولاته لم تسفر عن وجود حقائق موثقة لذلك، ويعزى ذلك إلى ندرة الجهات المختصة بأطفال التوحد و انعدام المدارس المخصصة لمثل هذه الفئة وقد تكون المدارس الفكرية هي الملاذ الوحيد لآباء أطفال التوحد.

ويذكر هشام الخولي (٢٠٠٤:٢،٨:٢) أن الإحصائيات التي وردت في الدليل التشخيصي الرابع DSM-IV والصادر عام ١٩٩٤ أن التوحد يصيب حوالي خمسة أطفال من كل عشرة آلاف طفل، وبنسبة أكبر بين الذكور عن الإناث كنسبة٤:١ ويحدث في كل المجتمعات بصرف النظر عن اللون والأصول العرقية أو الطائفية أو الخلفية الاجتماعية.

والتوحد كما يذكر ارونس وجيتنس (Aarons&Gittens (1992 تم تعريفه من قبل الجمعية الوطنية لأطفال التوحد على أنه اضطراب أو متلازمة وأن المظاهر الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل إلى عمر ٣. شهراً

والذي يتضمن الاضطرابات التالية:

- ❖ اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
- ❖ اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.
- ❖ اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية.
- ❖ اضطراب في التعليقات أو الانتماء للناس والأحداث الموضوعات.

ويجب أن تشمل عملية التقييم النواحي الآتية:

١) فحص النطق وتحديداً أخطاء النطق عن الطفل.

٢) فحص السمع لمعرفة هل سبب الاضطراب يعود لأسباب سمعية.

٣) فحص التمييز السمعي بهدف تحديد مدى قدرة الطفل على تمييز الأصوات التي يسمعها.

٤) فحص النمو اللغوي لتحديد مستوى النمو اللغوي لدى الطفل ومعرفة ذخيرته اللفظية وقياسها مع العاديين.

٥) عملية القياس يجب أن يقوم بها فريق متخصص يتكون مما يلي:

أ- أخصائياً في الأعصاب.

ب- أخصائيا في علم النفس.

ج- أخصائياً اجتماعياً.

د- أخصائياً في سمع.

ه- معلم في التربية الخاصة.

وقياس العوامل النفسية المرتبطة باضطرابات التواصل تأخذ واحداً أو أكثر من الأشكال التالية:

١) **المنحنى التشخيصي العلاجي:**

ويركز على دراسة خصائص الفرد السلوكية ويفترض هذا المنحى بأن الاضطرابات في التواصل ناتجة عن خلل نمائي أو اضطراب نفسي وبعد تحديد أسباب الاضطراب يقدم العلاج المناسب، وقد يشمل العلاج تحليل مهارات الفرد الكلامية واللغوية لدى الفرد وتحديد المهارات التي يفتقر إلى تدريبه عليها.

٢) **المنحنى السلوكي التعليمية:**

يقيم هذا الاتجاه اضطرابات اللغة والكلام على أساس مبادئ التعلم السلوكي الإجرائي ويحدد المثيرات البيئية واللفظية ذات العلاقة بالاضطراب التواصلي وتحديد المفردات وطرق تعديل السلوك المفيدة في العلاج.

٣) **المنحنى التفاعلي بين الشخص:**

ويركز هذا المنحى على تحديد مواطن الضعف والقوى لدى الفرد في مجال استخدام الكلام اللغة في الاتصال مع الآخرين بهدف تنظيم الأنماط السلوكية المناسبة لدى الفرد.

٤) **المنحنى النفسي التحليلي:**

ويهدف هذا المنحى إلى تحديد العوامل النفسية والانفعالية ذات العلاقة باضطرابات التواصل خاصة في غياب الأسباب البيولوجية أو عضوية قد تكون مسئولة عن الاضطراب ويعتقد أصحاب هذا المنحى بأن الأفكار المكبوتة في اللاشعور هي المسئولة عن حدوث الاضطرابات ولذلك فإن العلاج ينصب على إخراجها من اللاشعور إلى الشعور، وقد يفيد في العلاج الاختبارات الاسقاطية والدراما.

٥) **المنحنى البيئي:**

ويهدف إلى دراسة جميع الخصائص الشخصية والأبعاد البيئية التي ترتبط باضطرابات التواصل وتكون عملية القياس والتشخيص منصبة على تقييم ديناميكيات الشخصية لدى الفرد ومهاراته اللفظية وغير اللفظية ومهاراته في التواصل الاجتماعي.

خصائص الأطفال المصابين بالتوحد

ويتفق كل من إسماعيل محمد بدر (١٩٩٧) وهدى أمين (١٩٩٩)، (توني Tony 2..5) ومارك (Marc (2..5) على أن أطفال التوحد يتميزون بالخصائص التالية:

١) صعوبة في الاختلاط مع ضعف في التواصل والعلاقات الاجتماعية.

٢) الإصرار على بقاء الأشياء في مكانها والروتين ومقاومة التغير.
٣) الضحك غير الملائم والخوف الطبيعي.
٤) الاتصال البصري الضعيف أو القليل.
٥) عدم الرغبة في احتضانه أو ضمه أو القيام بذلك الدور.
٦) يفضل البقاء لوحده.
٧) أداء غير ثابت للنشاطات الحركية الدقيقة والعامة.
٨) ينحني بظهره في الطفولة ليتجنب الاتصال بالآخرين.
٩) غالبا ما يوصف بأنه سلبي أو متهيج.
١٠) صعوبات في الاتصال اللفظي وغير اللفظي مع بطء أو انعدام اللغة، مع استعمال غير ملائم للكلمات.
١١) صعوبات في الأنشطة الاجتماعية وفى أنشطة اللعب.
١٢) استهلاك كبير للوقت بمفرده بعيدا عن الآخرين.
١٣) أدنى اتصال بالعين مع الآخرين.
١٤) اضطراب حسي، حيث يبدو أكثر حساسية للمس أو أقل حساسية للألم.
١٥) أنشطة شاذة للعب حيث ينقصه اللعب التخيلي وتقليد حركات الآخرين.
١٦) أنماط من السلوك الشاذ مثل حركات متكررة للجسم (مثل هز اليد أو التصفيق) والإصرار على تكرار العادات.
١٧) نوبات غضب وعدوان.
١٨) ارتفاع هرمون السيروتونين في الدم والسائل الشوكي.
١٩) اختلال وظيفي في جهاز المناعة.
٢٠) الضعف في إدراك أفكار الآخرين ووجهة نظرهم.
٢١) إمكانية وجود مهارات أو قدرات عالية.
٢٢) ضيق مجال الانتباه والتركيز.
٢٣) شذوذ في شكل الدماغ أو المخ.
٢٤) انخفاض قلق الاتصال لديه.
٢٥) لا يستطيع أن يتحدث عندما يريد ذلك.

٢٦) لا يستطيع أن يقوم بالمعالجة والتعامل الدقيق للأشياء باليد.

(السيد الخميسي، ٢٠٠٢) (Autism society of America, 2...)

(Goodgive, J.,2..., 4)

وأهم هذه الملاحظات:

١) أن يبدو الطفل غير شاعر بما يحيط به ومنعزلا.

٢) عدم اللعب والتفاعل مع الآخرين.

٣) أن يبدو غير واضح أو كتوما.

٤) أن يبدو لديه مشاكل في التحدث أو فهم حديث الآخرين.

٥) عدم السيطرة على نوبات الغضب.

٦) الإصرار على الروتين وعدم التغيير.

٧) الأفعال المتكررة.

ويجب أن يقيم أي طفل من ناحية التوحد إذا مر بالآتي:

١) إذا لم ينطق كالأطفال عند عمر سنه.

٢) إذا لم يستخدم الإشارات للتعبير كالأطفال عند عمر عام.

٣) إذا لم ينطق بكلمة واحدة عند عمر ١٦ شهر.

٤) إذا لم ينطق بكلمتين عند عمر عامين.

٥) عند فقدان الطفل اللغة أو المهارات الاجتماعية.

وعند ظهور أحد هذه العلامات يجب عدم الانتظار، فإن ذلك يعنى وجود إعاقة – حتى وإن لم تكن هذه الإعاقة بسبب التوحد وكانت بسبب مرض آخر – فالتشخيص المبكر والتدخل لهم أهمية كبيرة في تحسين النتائج على المدى الطويل لكل اضطرابات النمو بما فيها التوحد.

الفحوص والاختبارات لمرض التوحد:

لا يوجد فحوص معملية ولا أشعة لتأكيد التشخيص ولكن التشخيص يتم تأكيده بناء على ملاحظة تصرفات الطفل المصاب بالتوحد والمعلومات من أفراد العائلة، كما أن طبيب الأطفال يهتم بتمييز التشخيص عن الحالات المشابهة مثل

التأخر العقلي وأمراض التمثيل الغذائي والأمراض الوراثية أو الصمم، وزيارة واحدة ليست كافية للتشخيص، ويلاحظ طبيب الأطفال تصرفات الطفل (عند الأطفال الصغار عند ١٨ شهر فصاعدا).

وبالإضافة إلى ذلك استجابات الأطفال للأوامر البسيطة والأسئلة (عند عمر ٤ سنوات فصاعدا) ومن الممكن أن يستعين طبيب الأطفال بمتخصص في اضطرابات نمو الأطفال **developmental disorders** عندما يعتقد أن الحالة تحتاج إلى مزيد من التقييم أو طبيب أمراض عصبية **neurologist** أو نفسية **psychiatrist** كما يشارك في تقييم الحالة أخصائي علاج أمراض النطق والتواصل **speech and language pathologists** وأخصائي السمعيات**audiologists** **(specialists in testing hearing)**، وأخصائي العلاج الوظيفي والمهني **occupational therapists** وأخصائي لجتماعي **social workers**

علاج التوحد

لا يوجد شفاء للتوحد حتى الآن سواء بالوسائل الطبية أو السلوكية ولكن مع معرفة أكثر عن التوحد توجد استجابات لبعض العلاجات التي تكون على شكل برامج تعليمية جيدة التخطيط والتي تركز على تنمية مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية.

وبينما لا يوجد عقار محدد أو فيتامين أو نظام غذائي معين يستخدم في تصحيح مسار الخلل العصبي الذي ينتج عنه التوحد، فقد توصل الآباء والمتخصصون بأن هناك بعض العقاقير المستخدمة في علاج اضطرابات أخرى تأتي بنتيجة إيجابية في بعض الأحيان في علاج بعضاً من السلوك المتصل بالتوحد. كما أن التغيير في النظام الغذائي والاستعانة ببعض الفيتامينات والمعادن يساعد كثيراً ومنها فيتامينات **B6&B12** كما أن استبعاد الجلوتين **(Gluten)** والكازين **(Casein)** من النظام الغذائي للطفل يساعد على هضم أفضل واستجابة شعورية في التفاعل مع الآخرين، لكن لم يجمع كل الباحثين على هذه النتائج.

فكرة موجزة عن العلاجات الرئيسية المستخدمة للتوحد:

١) لا توجد طريقة أو دواء بعينه بمفرده يساعد في علاج حالات التوحد، لكن

هناك مجموعة من الحلول مجتمعة مع بعضها اكتشفتها عائلات الأطفال المرضى والمتخصصون، وهي حلول فعالة في علاج الأعراض والسلوك التي تمنع من ممارسة حياتهم بشكل طبيعي. وهو علاج ثلاثي الأبعاد نفسي واجتماعي ودوائي.

٢) طبيب الأطفال يقوم في العادة بتوجيه الطفل والمهتمين إلى متخصص في اضطرابات نمو الطفل لتقييم الحالة، وبعض الناس يفضلون أن يقوم هذا الأخصائي بتقديم العلاج لطفلهم ولكن لهم الحرية في اختيار المعالج.

٣) لا توجد معايير محددة لعلاج التوحد، وكثير من المحترفين لهم فلسفات وممارسات مختلفة في علاج التوحد.

٤) الأطفال المصابين بالتوحد يكون لديهم القدرة على استيعاب المعلومات التي يرونها عن التي يسمعونها ولذلك فإنهم يتعلمون بالمشاهدة.

٥) يصعب على المصابون بالتوحد فهم الجمل والتعليمات المطولة.

٦) يشمل العلاج تنمية قدرة الطفل على الاستيعاب والتعبير عن مشاعره كما يشمل أنشطة مهدئة مثل الموسيقى والأرجحة ومشاهدة التلفاز والفيديو وإعطاء الطفل فترات من الراحة لا تكلفه فيها بشيء.

٧) يمكن للأطفال المصابين بالتوحد حفظ الأشياء التي شاهدوها والتي سمعوها تكراراً، ويستطيعون تذكر حوارات كاملة دارت بعروض الفيديو أو كتاب يحبونه أو الطريق لبعض الأماكن.

٨) يمكن التدرج في تعليم الطفل المصاب بالتوحد بأشياء حقيقية مرئية مثل علب العصير ثم الملصقات على هذه العلب ثم صور العلب ثم رسوم للعلب وهكذا يكون التعليم بتدرج من الأشياء السهلة إلى الأصعب كما يمكن الاستعانة بمتخصص في مشاكل النطق. والطريقة التقليدية للعلاج تشمل التعليم الخاص **special education** بكل حالة وترتيب تصرفاتها **behavioral management**.

٩) وهناك أدلة تشير إلى أنه كلما كان العلاج المهني **occupational therapy** – والمتعلق بالكلام والتصرفات – مبكرا كلما كانت النتائج أفضل على المدى الطويل.

١٠) كما يشمل العلاج بجانب الاهتمام باللغة والكلام والتصرفات العلاج بالأدوية والعلاج التكميلي أو الطب البديل **complementary therapies** والدعم بالدراسات العلمية **scientific studies**.

١١) هناك أدوية كثيرة مستعملة في علاج التوحد أهمها العلاجات الخاصة بالتشنجات **seizures** والسلوكيات والانفعالات المصاحبة للتوحد مثل الاكتئاب والذي تستخدم له مضادات الاكتئاب **Antidepressants** والأدوية المعالجة للذهان **Antipsychotic drugs** والتي تقلل من العدوانية والتصرفات المتكررة عند بعض المصابين بالتوحد.

الوقاية من مرض التوحد

لا توجد طرق للوقاية من التوحد ولكن البحث في مورثات التوحد **genetics of autism** يسعى لتقديم تدخلات لتصحيح الخطأ في المورثات **genetic errors** قبل ظهور الأعراض والعلامات.

١) التشخيصات والعلاجات الطبية: يتم فيها إجراء فحوص طبية موسعة على كافة أجهزة الجسم بغية الكشف عن أي حيود عن السواء في أي منها مثل: خلل في إفراز هرمون "سيروتونين" الذي يفرزه المخ، أو في إفراز إنزيم "سيكريتين" بالجهاز الهضمي، أو وجود طفيليات أو فطريات أو بكتريا، أو وجود آثار زائدة عن الحد لمعادن ثقيلة كالرصاص أو الزئبق في سوائل الجسم، أو نقص في بعض الفيتامينات والعناصر الهامة لسير العمليات الحيوية بالمعدلات الصحيحة، أو نقص في نوع أو في كم المجتمعات البكتيرية أو الفطرية المفيدة بالأمعاء. وقد وجد أن حوالي ١٠ –١٥% من التوحديين تتحسن حالتهم بعد العلاج مما يتم اكتشافه لديهم بهذا البرنامج الطبي.

٢) علاج الأعراض المميزة للتوحد، كفرط النشاط والقلق والاندفاعية، ونقص القدرة على الانتباه وعلى التركيز وعلى كف السلوك الاندفاعي العدواني.

٣) وضع برنامج غذائي للتوحديين يتضمن تزويدهم أو منعهم من أغذية محددة تبعاً لما كشفت عنه بحوث أجراها أخصائيو التغذية.

العلاج الدوائي:

يوجد عدداً من الأدوية لها تأثير فعال في علاج سلوك الطفل الذي يعانى من التوحد ومن هذا السلوك:

- ❖ فرط النشاط.
- ❖ قلق.
- ❖ نقص القدرة على التركيز.
- ❖ الاندفاع.

والهدف من الأدوية هو تخفيف حدة هذا السلوك حتى يستطيع الطفل أن يمارس حياته التعليمية والاجتماعية بشكل سوى إلى حد ما وعند وصف أي دواء للآباء لابد من ضمان الأمان الكامل لأبنائهم:

- ❖ كم عدد الجرعات الملائمة؟
- ❖ أي نوع يتم استخدامه: حبوب أم شراب؟
- ❖ ما هو تأثيره على المدى الطويل؟
- ❖ هل يوجد له أية آثار جانبية؟
- ❖ كيف تتم متابعة حالة الطفل لمعرفة ما إذا كان هناك تقدم من عدمه؟
- ❖ ما هو مدى تفاعله مع العقاقير الأخرى أو النظام الغذائي المتبع؟
- ❖ مع الوضع في الاعتبار أن كل طفل له تكوينه الفسيولوجي الذي يختلف عن الآخر وبالتالي تختلف استجابته للدواء أو العقار.

أنواع الأدوية:

١) **Serotonin Re-Uptake Inhibitor** اكتشف الباحثون ارتفاع معدلات **(Serotonin)** في مجرى الدم بحوالى ثلث حالات الأطفال التي تعانى من التوحد، وباستخدام هذه العقاقير التي تعادل الأعراض ومنها:

- **Clomipramine (Anafranil)**
- **Fluvoxamine (Luvox)**
- **Fluoxetine (Prozac)**

- لوحظ استجابة الأطفال من قلة حدة:
- السلوك المتكرر.
- التهيج والاستثارة.
- السلوك العدائي.
- تحسن ملحوظ في الاتصال العيني مع الآخرين والاستجابة لمن حولهم.

٢) والأنواع الأخرى من العقاقير لم يتم دراستها جيداً، كما أنه من المحتمل وجود آثار جانبية لها ومنها:

- **Elavil**
- **Wellbutrin**
- **Valium**
- **Ativan**
- **Xanax**

٣) أدوية مضادة للاضطرابات العقلية **Anti-psychotic** وهذه الأدوية هي في الأصل لعلاج الانفصام الشخصي وتقلل من:

- فرط النشاط والسلوك العدواني.
- السلوك الانسحابي وعدم المواجهة.
- وقد اعتمدت أربعة عقاقير منها:

- **Clozapine (Clozaril)**
- **Risperidone (Risperdal)**
- **Olanzapine (Zyprexa)**
- **Quetiapine (Seroquel)**

ولكن من المحتمل أن يكون لها آثاراً جانبية.

٤) أدوية محفزة: وهي تستخدم بشكل أساسي للأطفال التي تعاني من نقص الانتباه لعلاج فرط النشاط ومنها:

- **Dexedine –Adderall –Ritalin**
- الفيتامينات والمعادن وهي مهمة جدا للطفل التوحدي:

فما يزيد على العشرة أعوام السابقة، كثر الجدل حول فائدة مكملات الفيتامين والمعادن في علاج أعراض التوحد وتحسينها.

تعاني من مشاكل سوء امتصاص الأطعمة ونقص في المواد الغذائية التي يحتاجها الطفل نتيجة لخلل في الأمعاء والتهاب مزمن في الجهاز الهضمي مما يؤدى إلى سوء في هضم الطعام وامتصاصه بل وفى عملية التمثيل الغذائي ككل. لذلك نجد مرضى التوحد يعانون من نقص في معدلات الفيتامينات الآتية: أ، ب١، ب٣، ب٥ وبالمثل البيوتين، السلنيوم، الزنك، الماغنسيوم، بينما على الجانب الآخر يوصى بتجنب تناول الأطعمة التي تحتوى على نحاس على أن يعوضه الزنك لتنشيط الجهاز المناعي. وتوصي أيضاً بعض الدراسات الأخرى بضرورة تناول كميات كبيرة من الكالسيوم ومن أكثر الفيتامينات شيوعاً في الاستخدام للعلاج هو فيتامين (B) والذي يلعب دوراً كبيراً في خلق الإنزيمات التي يحتاجها المخ، وفى حوالي عشرين دراسة تم إجراؤها فقد ثبت أن استخدام فيتامين (B) والماغنسيوم الذي يجعل هذا الفيتامين فعالاً ويحسن من حالات التوحد والتي تتضح في السلوك الآتية:

- الاتصال العيني – القدرة على الانتباه– تحسن في المهارات التعليمية.
- تصرفات معتدلة إلى حد ما.

هذا بالإضافة إلى الفيتامينات الأخرى مثل فيتامين "ج" والذي يساعد على مزيد من التركيز ومعالجة الإحباط – ولضبط هذه المعدلات لابد من إجراء اختبارات للدم فقد تؤدى النسب الزائدة البعض ويكون لها تأثير سام وقد لا تكون كذلك للحالات الأخرى.

Secretin–:المفرزين هرمون معوي يحث البنكرياس والكبد على الإفراز تنتجه الأمعاء الدقيقة وهو يساعد على الهضم ليس هذا فقط بل يجعل الطفل قادراً على:

- الاستغراق في نومه – تحسن في الاتصال العيني– نمو المهارات الكلامية.
- زيادة الوعي – الاختيار الغذائي:

وقد تعاني بعض حالات التوحد من حساسية لبعض أنواع الأطعمة هذا ما أكدت عليه بعض الأمهات أثناء المقابلات التشخيصية، ولكنها ليست في نفس الوقت سبباً من أسباب الإصابة بهذا المرض وتؤثر بشكل ما على السلوك، لذا فقد يساعد

استبعاد بعض المواد الغذائية من النظام الغذائي على تحسن الحالة وهذا ما يلجأ إليه الآباء والمتخصصون وخاصة البروتينات لأنها تحتوى على الجلوتين والكازين والتي لا تهضم بسهولة أو بشكل غير كامل. ولامتصاص العصارة الهضمية بشكل زائد عن الحد يؤدى إلى خلل في الوظائف الحيوية والعصبية بالمخ، وعدم تناول البروتينات يجنب مرضى التوحد تلف الجهاز الهضمي والعصبي على ألا يتم الامتناع عنها بشكل مفاجئ ولكن تدريجياً مع استشارة المتخصصين.

وعلى الجانب الآخر فأطفال التوحد يوصف جهازهم التنفسي بأنه "جهاز مثقب" والذي يساعد على ظهور اضطرابات سلوكية وطبية أخرى مثل الارتباك، فرط النشاط، اضطرابات المعدة، الإرهاق. وباستخدام المكملات الغذائية، وعقاقير ضد الفطريات قد تقلل من هذه الأعراض وما زالت الأبحاث جارية حول ما إذا كانت هذه الإعاقة تحدث أثناء فترة الحمل أو الوضع أو لها علاقة بالعوامل البيئية مثل العدوى الفيروسية أو عدم توازن التمثيل الغذائي أو التعرض للمواد الكيميائية في البيئة.

الوقاية من مرض التوحد:

لا توجد طرق للوقاية من التوحد ولكن البحث في مورثات التوحد **genetics of autism** يسعى لتقديم تدخلات لتصحيح الخطأ في المورثات **genetic errors** قبل ظهور الأعراض والعلامات

ورغم اختلاف الآراء وتعدد وجهات النظر واختلاف الأبحاث وتكرارها والتعدد فيها فقد احتار العلماء في أمر الطفل التوحدي وكذلك في تعريف هذا الطفل هل هو معاق عقليا أم نفسيا أم الاثنان معا وقد تعرضنا في العرض السابق لمعظم المفاهيم التي تناولت التوحد بعرض مبسط سهل حتى يتسنى القارىء أن يحدد أطر سمات التوحد.

أساسيات يمكن إتباعها في كل الخطط العلاجية للتوحد:

١) الكشف الطبي الشامل للطفل التوحدي وعلاجه، مع مراعاة الفروق الفردية بينهم.

٢) الكشف النفسي الشامل له، مع دراسة البيئات التي يعيش فيها (الأسرة، الروضة، المدرسة... الخ).

٣) محاولة اختراق العزلة التي يعيش فيها، بالتربيت الخفيف على كتفه، وبالتواصل البصرى غير المطول معه، وبالتحدث إليه بعبارات قصيرة، ويلفت رأسه ناحية المتكلم معه دون عنف، ثم تركه عند الشعور بأنه على وشك التصرف بطريقة ضارة به أو بالآخرين.

٤) عدم إحداث تغييرات تؤدى إلى إحداث توتر عصبي لديه.

٥) دراسة سلوكياته لتحديد أي منها ينبغي تعديله.

٦) استخدام التعزيز والتشريط في تعديل ذلك السلوك.

٧) تشجيعه على الملاحظة ثم التقليد، مبتدئين بالحركات الرياضية، وبالتلوين وبعمل المجسمات.

٨) تشجيعه على التواصل مع الغير حركياً ولفظياً ورمزياً.

٩) الاستعانة بأخصائي تخاطب لتعميق التدريبات على الكلام.

١٠) تنمية مهاراته وبالتالي قدراته الاجتماعية كالتلويح باليد للترحيب بالقادم ولتوديع المغادر.. الخ، وهى أصعب خطوة في البرنامج العلاجي السلوكي.

١١) ضرورة تعاون الأسرة مع الروضة ومع المعالجين في تنفيذ أي برنامج يتم وضعه حتى يكتمل تنفيذه.

١٢) الدخول ببطء في برنامج لتنمية البناء المعرفي الموجود لديه.

١٣) تنشيط استجابته للمثيرات ليمكنه تكوين خبرات متكاملة مما يأتيه من البيئة عن طريق حواسه المختلفة، فنقدم له قصة تتضمن مرئيات وسمعيات ومسيرات لمسيه وشمية وتذوقية ما أمكن ذلك.

١٤) بمساعدة الموسيقى الهادئة يمكن تحقيق الاسترخاء له خلال تدريبه على التواصل مع الغير لتقليل احتمال ظهور النوبات العدوانية بسبب ما يحدث عليه من ضغوط خلال تلك التدريبات.

مراجع الفصل الأول

(١) إسماعيل محمد بدر (١٩٩٧): مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال ذوى التوحد، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي (الإرشاد النفسي والمجال التربوي ٢ -٤ ديسمبر)، المجلد الثاني، كلية التربية، جامعة عين شمس،

(٢) أحمد عكاشة (١٩٩٢). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

(٣) السيد الخميسي(٢٠٠٢): نقص نموذج الاتصال وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والمعرفية لدى الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة، رسالة دكتوراة (غير منشورة)، كلية الآداب جامعة المنصورة، جمهورية مصر العربية.

(٤) السيد سعد الخميسي (٢٠٠٥): أســـباب الجينية لبعض الاضطرابات النمائية مقدم إلى ندوة (تطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة) الأمانة العامة للتربية الخاصة بالرياض بالتعاون مع مكتب التربية العربي لدول الخليج من ٤-٧/١/١٤٢٦ هـ

(٥) باتريشيا رودير (ترجمة). مجلة العلوم (٢٠٠٠). الأصول المبكرة للذاتوية، مجلة العلوم، الكويت، المجلد ١٦، العددان ٥-٦، ص ص ١٢-١٩

(٦) جابر عبد الحميد وعلاء كفافى (١٩٩٨):معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع، القاهرة دار النهضة العربية.

(٧) جمال الخطيب ومنى الحديدي (١٩٩٨). التدخل المبكر – مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة –، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع

(٨) سميرة عبد اللطيف السعد (١٩٩٢). معاناتي و التوحد، الكويت: د. ن.

(٩) عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢). جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين، القاهرة: دار الرشيد

(١٠) عثمان لبيب فراج (٢٠٠١). توحد يون لكن موهوبون، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، السنة الثالثة عشرة، العدد٦٧، ص ص ٢-٢٦.

(١١) عثمان لبيب فراج -٢٠٠١: استراتيجيات مستحدثة في برامج رعاية وتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة -مجلة الطفولة والتنمية - عدد (٢) بصدرها: المجلس العربي للطفولة والتنمية -مصر، ص ١٤.

(١٢) عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢): الأطفال التوحديين دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة، دار الرشاد.

(١٣) عثمان لبيب فراج (٢٠٠٣): العوامل المسببة لإعاقة التوحد،النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد ٧٣، القاهرة.

(١٤) عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢): الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة، المجلس العربي للطفولة والتنمية. القاهرة.

(١٥) عثمان لبيب فراج (٢٠٠٠): من إعاقات النمو الشاملة: متلازمة ريت، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد ٦٢، القاهرة.

(١٦) عثمان لبيب فراج (١٩٩٤): إعاقة التوحد أو الاجترار: خواصها تشخيصها،النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد ٤٠، القاهرة.

(١٧) عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٧): خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد ٤٩، القاهرة.

(١٨) عادل عز الدين الأشول (١٩٨٧):معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان

(١٩) محمد بن أحمد الفوزان (٢...). التوحد: المفهوم والتعليم والتدريب (مرشد إلى الوالدين والمهنيين)، الرياض: دار عالم الكتب

(٢٠) فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩-): سيكولوجية الأطفال غير - العاديين، استراتيجيات التربية الخاصة، الجزء الثاني،ط٤ الكويت دار القلم.

(٢١) هشام عبد الرحمن الخولي (٢..٤): الأوتيزم-الأتيستيك الخطر الصامت يهدد أطفال العالم التشخيص-الإرشاد -العلاج. دار المصطفى للطباعة.

(٢٢) هشام عبد الرحمن الخولي (٢..٨): دراسات وبحوث في علم النفس والصحة النفسية . دار المصطفى للطباعة.

(٢٣) كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٦): مرجع في علم التخلف العقلي، دار النشر للجامعات المصرية، القاهرة.

(٢٤) كمال إبراهيم مرسي (د.ت): الطفل غير العادي من الناحية الذهنية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

(٢٥) نبيل على محمود(د – ت): ا اضطراب التوحد لدى الأطفال دكتوراه فى علم النفس النمائى بجامعة المنصورة (Autism)

(٢٦) يزو وزابل (ترجمة) عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوى (١٩٩٩). تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا، الإمارات: دار الكتاب الجامعي.

(27) Majrie Kostelnik, et al (1993). Guiding children's social development. Delmar Publisher Inc.

(28) Department of Developmental services: changes in the population of persons with Autism and pervasive Developmental Disorders in California's Developmental services: through 1998: 1999, U S A.

(29) Goodgive,j.,: Autism, The Resource foundation of children with challenges, 2..., U S A

(30) Rimland, B., (1999): Genetics, Autism and Priorities, Autism Research Institute, U S A.

(31) Rimland, B., (1998): The Use of Secretin in Autism: some Preliminary Answers, Autism Research Institute, U S A.

(32) Philip Christie (199.). An understanding of autism (In) The National Autism Society (Ed) Children with autism, London: Inage Wakehurst Trust, PP. 1

الفصل الثاني

أنواع الاضطراب التوحدي

مقدمة

يعتبر التخلف العقلي هو مظلة يقع تحتها العديد من الفئات التي تصنف على أنها ضمن فئات التخلف العقلي منها فئة الدون وسيندروم والقصاع والإستسقاء ومتلازمة كليتفلتر والتوحد ومتلازمة إسبرجر ومتلازمة الريت واضطرابات الطفولة التحلليه ومتلازمة كروموسوم X الهش (Fragile) ومن <u>أنواع الطيف التوحدي ما يلي:</u>

١- التوحد التقليدي Clasical Autism

٢- اضطراب اسبرجر Asperger's Disorder

٣- اضطراب ريتز Rett's Disorder

٤- الاضطراب التفككي.

أولا: التوحد يتمثل في النقاط التالية:

١- فشل التطور موجودة ظواهره بعد الميلاد مبكرا

٢- غالبا لا توجد وإن وجدت نتيجة عادات مكتسبة

٣- الوظائف العضلية الكبيرة سليمة

٤- قد لا يوجد اضطراب في استخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها

٥- اضطرابات التنفس نادرة ولا توجد

٦- ثبات في مهارات محاور التطور دون تدهور.

٧- نوبات الصرع قليلة أو نادرة وإذا ظهرت ففي مرحلة المراهقة غالبا.

ومن هذه الاضطرابات:

(١) متلازمة اسبرجر:

ينسب هذا المرض إلي الطبيب الألماني "هانز اسبرجر" في عام ١٩٤٤، أي العام الذي تلا إصدار أول بحث عن التوحد كتبه العالم "ليوكانر".

الانتشار: لا توجد إحصائية دقيقة حتى الآن ولعلها حسب التقديرات المبدئية أوسع انتشارا من التوحد وتقدر بخوالي(٣-٤) حالة في كل ١٠..مولود وهي تشيع في الذكور عنها في الإناث (١:١٠).

معايير تشخيص متلازمة اسبرجر كما نص عليها DSM4 TR:

١) قصور كيفي في التعامل الاجتماعي يتمثل في اثنين من العناصر الآتية:

١- قصور واضح في استخدام عدد من السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري وتعبيرات الوجه ووضع الجسد والإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي.

٢- الفشل في تكوين علاقات صداقة مع أقرانه.

٣- فقدان القدرة التلقائية على محاولة مشاركة الآخرين في المتع والاهتمامات أو الإنجازات.

٤- فقدان القدرة على تبادل العلاقات العاطفية أو الاجتماعية.

٢) سلوك نمطي متكرر واهتمامات ونشاطات محدودة تتمثل في واحد على الأقل من العناصر التالية:

١- تعلق غير عادي ببعض العادات والأمور الروتينية التي لا معنى لها.

٢- تعلق شديد ببعض الأنشطة وسلوكيات ذات صفات خاصة لا معنى لها.

٣- حركات جسدية نمطية ومتكررة.

٤- الانشغال المفرط بأجزاء الأشياء.

٣) عدم وجود تأخر ذو أهمية سرير ية في التطور اللغوي.

٤) يؤدي الاضطراب إلى قصور ذو أهمية سريرية على الصعيد الاجتماعي والوظيفي.

٥) عدم وجود تأخر ذو أهمية سرير ية في التطور الذهني أو تطور المهارات

٦) عدم انطباق المعايير على أي نوع لخر من الاضطرابات التطورية أو الفصام.

ويوجد القليل من الأشخاص المصابين بعرض "اسبرجر" يظهرون تقدما ونجاحاً كبيرين في مجال حياتهم ويتسمون بالصفات الآتية:

١- الذكاء.
٢- غرابة الأطوار.
٣- شرود الذهن.
٤- عدم التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.
٥- بعض الضعف الجسدي في الجسم.

العلامات العامة لمعاقي "اسبرجر":

(١) اللغة:

قبل سن الأربع سنوات: لا توجد مشاكل في الحديث ولكتساب الكلمات اللغوية ويكون الطفل جيد جداً.

(٢) التعامل والاتصال بالآخرين:

تتأثر القدرة الاستيعابية اللغوية إلي حد كبير فتتقدم ببطء أو لا تتقدم إطلاقاً. استخدام كلمات بدون ربطها بالمعنى الأصلي لها، ويكثر استخدام الإيماءات بدلاً من الكلمات، القدرة علي الانتباه لفترات قصيرة.

(٣) التفاعل الاجتماعي:

يقضى الشخص المصاب بالتوحد معظم الوقت بمفرده أكثر من قضائه مع الآخرين. كما لا يكون لديه الدافع في تكوين الأصدقاء، ويتصف بأنه أقل استجابة لوسائل الاتصال الاجتماعي مثل الاتصال العيني أو الضحك.

(٤) خلل في الحواس:

ردود فعل غير طبيعية للإحساس الجسدي مثل الحساسية المفرطة إذا لامس المعاق أى شئ أو العكس مع عدم الإحساس بالألم. كما أن جميع الحواس الأخرى من الرؤية، السمع، اللمس، الألم، الشم، التذوق، تكون بالإيجابية أو السلبية المفرطة.

(٥) اللعب:

الافتقار إلي اللعب التلقائي أو التخلي عنه كلية، كما أنه لا يقلد الطفل أفعال أمثاله من الأطفال الآخرين وهو الوضع الطبيعي في مثل هذه السن، كما أنه لا يبادر باللعب مع الآخرين.

(٦) السلوك:

من الممكن أن يكون نشاطه مفرط أو زائد عن الحد، أو سلبي إلي حد كبير. ينتابه حالات من الغضب بدون أي سبب واضح. تجده دائم اللجوء إلي عنصر واحد بعينه أو فكرة أو شخص، يعوزه الوعي الحسي وقد يبدى سلوك عدواني أو عنيف يصل إلي حد إيذاء النفس بالجروح

الفرق بين متلازمة اسبرجر والتوحد:

هناك فرقان رئيسيان وهما:

١) إن المصابين بمتلازمة اسبرجر لا يعانون من إعاقة ذهنية بل يتمتعون بقدرات ذكاء طبيعية أو ما يفوق ذلك في حين أن ٧٥% من التوحديين يعانون من تأخر ذهني.

٢) إن أطفال التوحد جميعا يعانون تأخرَ ملحوظ في التطور اللغوي وهي لا تواجه المصابين بمتلازمة اسبرجر.

وهناك فروق أخرى تتضمن:

١) الاضطرابات العصبية اقل شيوعا لدى المصابين والاسبرجر.

٢) صعوبات التواصل والتفاعل الاجتماعي أكثر شدة لدى المصابين بالتوحد.

٣) مستوى الذكاء اللغوي يكون عادة أعلى من مستوى الذكاء العملي عند المصابين والاسبرجر بينما العكس صحيح لدى المصابين بالتوحد.

٤) يظهر الفرق الحركي عند المصابين بالاسبرجر أكثر مما يظهر لدى التوحديين.

٥) لنتائج المتوقع تحقيقها مع الاسبرجر أكثر ايجابية.

٦) تظهر الأعراض في مرحلة أكثر تأخراً عن ظهورها في حالات التوحد(بعد سن الثالثة).

التمييز الفارق:

الاسبرجر Asperger هو نوع من الاضطرابات النمائية الشاملة، عرف على يد العالم هانز اسبرجر، لذلك سمي بمتلازمة أو اضطراب اسبرجر، ويميزه خلل كيفي في تكوين وتبادل العلاقات الاجتماعية، قصور حركي وقصور في التواصل غير اللفظي ويعاني من صعوبات تخاطب واضطرابات في الكلام رغم النمو شبه الطبيعي في تكوين حصيلة لغوية، وتظهر لدى طفل اسبرجر مظاهر سلوكية نمطية مثل الانهماك المستمر بالأشياء المادية.

وطبقاً للإصدار الرابع للدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية DSM-IV (١٩٩٤) فإن اضطراب اسبرجر واضطراب التوحد يتشابهان في كونهما من الاضطرابات الارتقائية الشاملة (المختلطة) حيث تضم هذه الاضطرابات ما يلي:

اضطرابات النمو الشامل Pervasive Developmental Disorders:

ويميز بوجداشين Bogdashina (٢:٣٢..٥) بين التوحد والاسبرجر في النقاط التالية:

١) يظهر التوحد في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل بينما لا يكتشف الاسبرجر إلا بعد سن السادسة وما فوق من عمر الطفل.

٢) يتميز طفل التوحد بقصور واضح في الكلام Speech ونقص في الحصيلة اللغوية، بينما يتمتع الاسبرجر بحصيلة لغوية لا بأس بها مع انه يعاني من صعوبات في التخاطب والتعبير.

٣) طفل التوحد منغلق على نفسه تماما بينما طفل الاسبرجر يحس بمن حوله ويتعرف عليهم ولكنه يعجز عن تكوين علاقات.

٤) تشترك متلازمة اسبر جر في العديد من أعراض التوحد، ولكنها تظهر أقل شدة.

إن كليهما يشتركان في وجود عجز شديد في التواصل الاجتماعي والقيام بأعمال نمطية متكرر وروتينية إلى جانب فقدان القدرة على التخيل. إلا أن

المصابين بمتلازمة اسبرجر يتمتعون بدرجة ذكاء طبيعية، ولا يواجهون تأخراً في اكتساب القدرة على الكلام من حيث المفردات والقواعد أو في مقدرتهم على الاعتماد على أنفسهم.

كما أنه من الجدير بالذكر الإشارة إلى أن الرت **Rett** من فصيلة الإعاقات التي تتشابه مع التوحد في بعض أعراضها، ولكنها تصيب الإناث فقط ويميزها اضطرابات المهارات الحركية بصورة تتشابه في حركة دائرية محورية للأيدي والمشي على أطراف الأصابع وتبدأ بالظهور بعد نمو طبيعي خلال ٦–١٨ شهر من عمر الفتاة.

(٢) متلازمة داون:

وكان يطلق عليها في الماضي (المنغولية)، وسميت بهذا الاسم نسبة إلى لانجدون داون الذي لاحظ أن وجوه بعض المتخلفين عقلياً تمكننا من تقسيمهم إلى أربع مجموعات عنصرية هي: المنغوليون، والإثيوبيون، والقوقازيون، والهنود الأمريكيون، وتحدث متلازمة داون نتيجة لوجود كروموسوم زائد لدى هؤلاء الأطفال **((Mary, P.,199.,23 .**

متلازمة داون عبارة عن مرض خَلقي، أي أن المرض عند الطفل منذ الولادة أو أن المرض كان لديه منذ اللحظة التي خلق فيها. وهو ناتج عن زيادة في عدد الصبغات(الكروموسومات). والصبغات هي عبارة عن عصيات صغيرة داخل نواة الخلية، تحمل هذه الصبغات في داخلها تفاصيل كاملة لخلق الإنسان. ويحمل الشخص العادي–ذكراً كان أو أنثى– ٤٦ صبغه، وهذه الصبغات تأتي على شكل أزواج، فكل زوج فيه صبغتين (أي٢٣ زوج أو ٤٦ صبغيه).هذه الأزواج مرقمة من ولحد إلى أثنين وعشريين، بينما الزوج الأخير(الزوج٢٣) لا يُعطى رقماً بل يسمى الزوج المحدّد للجنس.يرث الإنسان نصف عدد الصبغات (٢٣) من أمه والثلاثة والعشرون الباقية من أبيه.

اكتشف العالم الفرنسي ليجون في عام ١٩٥٩م أن متلازمة داون ناتجة عن زيادة نسخة من كروموسوم رقم ٢١. أدت إلى أن يكون مجموع الكروموسومات في الخلية الواحدة ٤٧ كروموسوماً بدلاً من العدد الطبيعي ٤٦. وكلمة "داون" هي اسم الطبيب البريطاني جون داون و الذي يعتبر أول طبيب وصف هذا المرض في عام١٨٦٦م، تقريبا قبل مائة سنة من اكتشاف أن سببها هو زيادة في كروموسوم ٢١.

أنماط الشذوذ الكروموسومي في حالات متلازمة داون:

يوجد ثلاثة أنماط رئيسة من الشذوذ الكروموسومي لحالات داون وهي:

ما أسباب حدوث متلازمة داون؟

إن الأسباب الحقيقية وراء حدوث متلازمة داون غير معروفة.تحدث متلازمة داون في جميع الشعوب وفي كل الطبقات الاجتماعية وفي كل بلاد العالم. إن الأسباب الحقيقية التي أدت إلى زيادة الكروموسوم رقم ٢١عند انقسام الخلية غير معروف، ليس هناك علاقة بين هذا المرض والغذاء ولا أي مرض قد تصاب به الأم أو الأب قبل أو بعد الحمل، هناك علاقة واحدة فقط ثبتت علمياً وهي ارتباط هذا المرض بعمر الأم. فكلما تقدم بالمرآة العمر زاد احتمال إصابة الجنين بهذا المرض، ويزداد الاحتمال بشكل شديد إذا تعدت المرآة ٣٥ سنة

ولكن هذا لا يعني أن النساء الأصغر من ٣٥ سنة لا يلدن أطفالا متلازمة داون.بل في الحقيقة إن اغلب الأطفال الذين لديهم هذا المرض تكون أمهاتهم أعمارهن أقل من ٣٥ سنة ويعزى ذلك إلى أن الأمهات اللاتي أعمارهن أقل من٣٥ يلدن أكثر من النساء الكبيرات، وإذا عرفنا أن المرآة معرضة في أي وقت أن تلد طفلاً مصاباً فإن عدد الأطفال المصابين للنساء الصغيرات أكثر.

لقد ذكرنا أن متلازمة داون ناتجة عن زيادة في عدد كروموسوم رقم 21. دعونا نتابع انقسامات الخلية لنصل إلى المرحلة التي حدث فيها الزيادة. دعونا نرجع إلى تكوين البويضة في المرآة والحيوان المنوي عند الرجل في الأصل

وبشكل مبسط تخلق البويضة وأيضاً الحيوان المنوي في الأصل من خليه طبيعية تحتوى على ٤٦ كروموسوم وذلك بانشطارها إلى نصفين لتكّون بويضتين أو حيوانين منويين. يكون في كل نصف ٢٣ كروموسوم. فإذا حدث خلل في هذا الانقسام ولم تتوزع الكروموسومات بالتساوي بين الخليتين فحدث إن حصلت إحدى الخليتين على ٢٤ نسخه والأخرى على ٢٢ الباقية حينها تبدأ المشكلة. لو فرضنا مثلا أن هذا الخلل في الانقسام حدث في مبيض المرأة (علماً إنه من الممكن أن يحدث في الرجل) فأصبحت إحدى البويضات فيها ٢٤ كروموسوم بدل ٢٣. ثم لقحت هذه البويضة بحيوان منوي طبيعي (أي يحمل ٢٣كروموسوم)أصبح مجموع عدد الكروموسومات ٤٧ بدل العدد الطبيعي وهو ٤٦.

فإذا كانت النسخة الزائدة هي من كروموسوم ٢١ سمي المرض بمتلازمة داون، وإذا كانت من كروموسوم ١٨ سمي بمتلازمة إدوارد، وإذا كانت من كروموسوم ١٣ سمي بمتلازمة باتاو. هذه أسماء لأمراض مختلفة نتيجة زيادة في عدد الكروموسومات. ونتيجة لوجود ثلاث نسخ من كروموسوم ٢١ فإن الاسم الأخر لمتلازمة داون هو متلازمة كروموسوم ٢١ الثلاثي.كما ذكرنا فإن لزيادة قد تحدث في بويضة المرأة أو الرجل ولكن في حالة متلازمة داون وجد الأطباء أن الزيادة تكون في البويضة في حوالي ٩٠%من الحالات والباقي في الحيوان المنوي من الرجل.

إن الغالبية العظمى من أطفال داون (حوالي ٩٥%) يكون بها كروموسوم إضافي في الزوج رقم (٢١)، إذ يحملون ٤٧ كروموسوم بدلاً من ٤٦ في الطفل العادي، وهو ما يعرف بالتكوين الثلاثي للأوتوسوم.

أن النمط الثاني يسمى بالمتحول أو المنتقل **Translocated**، حيث يكون الكروموسوم الزائد منتقل إلى كروموسوم آخر، وعادة ما يكون الكروموسوم ١٤، ٢١،٢٢، وتوجد هذه الحالات فيما بين ٣: ٤% من أفراد متلازمة داون. (فاروق صادق،٢...، ١٩-٢٠).

أما النمط الثالث فيسمى النمط الفسيفسائي أو متعدد الخلايا أو الموزايك **Mosaic Down Syndrome**، وهو من الأنماط النادرة لحالات داون، ويكون

لدي الطفل المصاب في العادة نوعان من الخلايا، نوع يحمل ٤٧ كروموسوم (الكروموسوم الزائد هو نسخة ثالثة من كروموسوم ٢١) والخلايا الأخرى تحمل ٤٦ كروموسوم (أي خلايا طبيعية).

ويحدث ذلك بطرق مختلفة تسبب تعدد الخلايا في الشخص وهي: البويضة الملقحة بها ثلاث نسخ من كروموسوم٢١، ولكن أثناء الانقسامات التالية فقدت إحدى الخلايا النسخة الزائدة فأصبح عدد الكروموسومات فيها ٤٦ كروموسوم ونتج من هذا الخلية عدة خلايافأصبح الشخص في النهاية لدية نوعان من الخلايا نوع فيه عدد طبيعي والنوع الأخر فيه ٤٧ كروموسوم.

الطريقة الأخرى هي عكس الطريقة الأولى فالبويضة الملقحة كان فيها ٤٦ كروموسوم ولكن بعد عدة انقسامات أصبحت إحدى الخلايا فيها ٤٧ كروموسوم (بزيادة نسخة أخرى من كروموسوم ٢١).فالخلايا التي نشأت من خلية الأولى سوف يكون بها ٤٦ كروموسوم، بينما الخلايا الأخرى يصبح بها ٤٧ كروموسوم. (Jackson, C., 2..1)

هل متلازمة داون وراثية؟

لا يعتبر مرضاً وراثياً ينتقل عبر الأجيال، وفي أغلب الأحيان لا تتكرر الإصابة في العائلة الواحدة،و لكن إصابة طفل واحد في العائلة يزيد من احتمال التكرار و لكن هذه النسبة تتراوح بين ١% إلى ٢% في كل مرة تحمل فيها المرأة في المستقبل. هناك نوع نادر من متلازمة داون لا يكون فيه زيادة في عدد الكروموسومات، هذا النوع في بعض الأحيان يكون ناتج عن حمل أحد الوالدين لكروموسوم مزدوج (عبارة عن كر وموسومين متلاصقين ببعضها البعض) ففي هذا النوع تزيد نسبة احتمال تكرار الإصابة في المستقبل.يستطيع الطبيب بسهولة أن يعرف إذا ما كان الطفل المصاب بهذا النوع من بمتلازمة داون عن طريق إجراء فحص للكروموسومات. فالنوع المعتاد من متلازمة داون يكون فيه مجموع عدد الكروموسومات ٤٧ والنوع النادر يكون فيه العدد ٤٦ إحدى هذه الكروموسومات عبارة عن كروموسومين متلاصقين من إحداها كروموسوم 21.

ماذا يعني أن الطفل لديه متلازمة داون؟

إن جميع الأشخاص الذين لديهم متلازمة داون يتشابهون في تقاسيم وجوههم و في بنية أجسامهم و لكن لو دققنا النظر لوجدنا هناك فروقات بالقدر الذي فيه تشابه. ولا شك أن كل طفل لديه متلازمة داون يأخذ بعض الأشباه من أبويه. وأقاربه ولذلك لو دققنا النظر لوجدنا أن هناك بعض الصفات موجودة في الطفل أو أبويه. يتساءل بعض الآباء إذا ما كان هناك علاقة بين عدد التقاسيم والأعراض التي توجد في الطفل واحتمال أن تكون هناك شدة في مستوى الإعاقة العقلية. ولكن في الحقيقة من المستحيل التخمين بالمستوى العقلي لطفل في مراحل عمره الأولى وهذه الأعراض لا يعول عليها أي شيء.

يتأخر الطفل الذي لدية متلازمة داون في اكتساب جميع المهارات الإنمائية(الحركية والعقلية والنطق والتخاطب) مقارنه بأقرانه الطبيعيين، وفي العادة يجلس الطفل بعد إكماله السنة الأولى من العمر ولا يستطيع المشي إلا في السنة الثالثة من العمر. ولكن هناك فروقات في الأوقات التي يكتسب فيها أطفال متلازمة داون بين بعضهم البعض كما هو الحال في الأطفال الطبيعيين، فهناك من يجلس أو يمشي في وقت أكثر تبكيرا أو في وقت أكثر تأخرا.

ما هي الأعراض الشائعة لمتلازمة داون؟

يلاحظ ارتخاء (ليونة) في العضلات مقارنة بالأطفال العاديين. في العادة تتحسن ويتحسن الارتخاء مع تقدم العمر مع أنها لا تختفي بشكل كامل. قد يكون وزن الطفل عند الولادة أقل من المعدل الطبيعي كذلك الشأن بالنسبة لطول القامة ومحيط الرأس. كما أن الطفل يزيد وزنه ببطء إذا كانت هناك صعوبات ومشاكل في الرضاعة.

في كثير من الأحيان يكون اتجاه طرف العين الخارجي إلى أعلى و فتحة العينين صغيرتين. كما يكثر وجود زائدة جلدية رقيقة تغطي جزء من زاوية العين القريبة من الأنف. وقد تعطي إحساسا بان الطفل لديه حول ولكن هذا الحول يكون

حولا كاذبا بسبب وجود هذه الزائدة الجلدية.

قد يكون الجزء الخلفي من الرأس مسطحا وبذلك تضيق استدارة الرأس وفيصبح الرأس على شكل مربع أكثر منه إلى دائرة.

بعض الأطفال لديهم خط واحد في كف اليد بدلا من الخطوط المتعددة. كما أن الأصابع في العادة اقصر من الطبيعي. وفي كثير من الأحيان تجدين أن الأطباء يكثرون من النظر إلى كف اليد لنظر إلى تلك الخطوط.

وإن جميع الأطفال مختلفون عن بعضهم البعض.كذلك الأمر بنسبة لأطفال متلازمة داون. وهذا يعني انه في بعض الأحيان يسهل التعرف على الطفل الذي لديه متلازمة داون بعد الولادة مباشرة.ولكن في بعض الأحيان قد يكون الأمر صعباً.و قد يحتاج الطبيب الانتظار إلى أن تظهر نتائج فحص الكروموسومات قبل أن تأكد المرض. ولكن الطبيب الذي لديه خبرة في كثير من الأحيان يستطيع أن يجزم بحدوث المرض حتى في الطفل الذي أعراض خفيفة أو غير واضحة.

كيف يكون المولود الجديد؟

سوف يكون كأي مولود آخر. سوف يحتاج إلى مساعدتك في كل شيء كما هو الحال في كل الأطفال. سوف يأكل، وينام، ويحتاج غيار حفائظ باستمرار. قد يحدث له بعض النقص في صحته قد تكون عضلاته (مرتخية) ولكن بالتأكيد سوف يكون طفلاً محبوباً. سوف نلاحظ أن فيه شبه من أخوته وأخواته بالإضافة إلى الأشباه الأخرى المرتبطة بمتلازمة داون. وهذا ليس غريباً إذا تذكرت أن الكروموسومات تأتي من الوالدين.

هل يكون للطفل مشاكل صحية؟

الالتهابات أطفال متلازمة داون عرضة لكثرة الالتهابات خاصة الرضع والأطفال الصغار في الأعوام الأولى للعمر. وتكثر الالتهابات في الجهاز التنفسي. ومع أن أكثر هذه الالتهابات عبارة عن إلتهاب في الجهاز التنفسي العلوي(كالتهاب

اللوزنين والحلق) والتي تكون في كثير من الأحيان التهابات فيروسية محدودة التأثير، ولكن في بعض الأحيان تكون الالتهابات في الجهاز التنفسي السفلي كالالتهابات الرئوية والتي قد تستدعي إدخال الطفل إلى المستشفى وإعطائه المضادات الحيوية عن طريق الوريد. وقد تكثر أيضا التهابات الإذن الوسطي خاصة النوع المسمى بالإذن الصمغية والتي تستدعى المعالجة أو المتابعة لمنع تأثيرها على السمع والنطق.

ما هي مشكلات الرضاعة لديهم؟:

بعض أطفال متلازمة داون قد لا تكون لديهم القوة و الكافية للمص في الأيام الأولى من العمر. وقد لا تكون لديهم التناسق الضروري للمص والبلع والتنفس في نفس الوقت. وقد تكثر حالات الشرقة أو الغصة بالحليب. في كثير من الأحيان تتلاشى هذه المشاكل في الأسابيع الأولى من العمر.

وإذا كان طفلك لا يستطيع إن يرضع من ثديك في مباشرة فعليك الأم الاستمرار في استخراج الحليب وإعطائه إياه عن طريق الرضاعة أو أنبوبة التغذية ولكي تحافظي على إدرار الثدي ولكي تستطيع أن ترضعه بعد إن تتحسن صحته. وهذا كله نظرا لأهمية الرضاعة الطبيعية في الوقاية من كثير من الالتهابات

- مشكلات القلب يصاب حوالي ٥٠% من أطفال متلازمة داون بعيوب في القلب. وقد تكون بعض هذه العيوب خفيفة كاستمرار توسع الأنيوب الشرياني و قد تكون شديدة كالعيوب المعقدة والمتعددة.أن اشهر عيوب القلب انتشارا بين أطفال متلازمة داون هي الفتحة التي بين البطينين وبين الأذينين أو كليهما معا والتي تسمى بالقناة البطينية والأذينية.

لذا يجب فحص قلب الطفل أولا وهو من أول الأمور التي يجب أن يقوم بها طبيب الأطفال كفحص روتيني بعد الولادة. وإذا شك الطبيب في أمر ما فأنه يجب أن يقوم بإجراء بعض الفحوصات كتخطيط القلب وأشعة الصدر للتأكد من سلامة القلب وقد يطلب طبيب الأطفال استشارة طبيب القلب ليكشف على الطفل ويقوم بعمل أشعة

صوتية. قد لا يمكن اكتشاف بعض الحالات خاصة إذا كان الطفل صغير الحجم ولذلك في العادة يتابع الطبيب جميع الأطفال ويتم فحصهم بشكل دوري

ونطرح هذا السؤال الذي يحير الكثير من الآباء والأمهات وهو:

هل يتعلم هذا الطفل الدون تعليما عاديا مثل باقي أقرانه؟

نعـــم سوف يتعلم الطفل كما يتعلم بقية الأطفال بإذن الله، ولكنه سوف يأخذ وقت أطول ليتعلم، لذلك علينا بالصبر. سوف يتعلم المشي عندما يكون عمره عامين بإذن الله سوف يعتمد على نفسه في اللبس والأكل واستخدام الحمام عندما يتم عامه الخامس سوف يكون له أصدقاؤه واهتماماته الخاصة به. عندما يتم عامه الأول سيكون بقدرته الجلوس والتقاط الألعاب بيديه. وينقلب ويأكل قطعه البسكويت بيده، وســـوف يحاول إن ينطق أول كلمه ماما وبابا.عندما يتم عامه الثاني سوف يبداء يحاول تعلم اللبس وخلع الملابس، وسوف يحاول الشخبطه بالقلم، والنظر إلى الصور وتقليب الصفحات، سوف يشرب بالكأس، ويأكل بالملعقة، سوف يكون كبقية الأطفال يقلد ما يراه أو يعمله الآخرون.

إن الأطفال المصابين بمتلازمة داون يأخذون وقت أطول لاكتساب المهارات مقارنه بإقرانهم. كما أنهم لا يكتسبون كل المهارات التي يمكن أن يكتسبها من هم في سنهم. قد يكون هناك فرق في تحصيلهم العلمي ولكن يمكن تقليل من هذه الفروق بالتدخل المبكر وتدريب الطفل. بعض الأبحاث أكدت أن بعض الأطفال المصابين بمتلازمة داون يكتسبون المهارات بشكل أسرع إذا قدم لهم التدريب والتعليم في وقت مبكر فبالتدريب والتنشيط المبكر إضافة إلى الحنان والجو المشوق سوف تلاحظين الفرق وتبدأين تحصدين نتائج الوقت الذي تمضينه مع طفلك وكيفية تأثير الطفل الجديد على الأسرة.

قد يؤدي ولادة طفل جديد بمتلازمة داون إلى الحاجة إلى بعض التأقلم داخل الأسرة. ولكن لا يجب أن نقلق كثيراً من هذا الأمر، فالأمور في العادة تأخذ مجراها الطبيعي من دون تكلف. على الأسرة إعطاء الجميع اهتمامهم كما كانت تفعل في السابق. الجميع يحتاج للرعاية و الحنان كما هو الحال للطفل الجديد.

خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة داون:

والأعراض المميزة لطفل متلازمة داون هي:

تشمل الأعراض الجسمانية المميزة:

١- صغر حجم الرأس.

٢- قصر القامة.

٣- دقة ملامح الوجه.

٤- العين منحرفة للأعلى.

٥- الأنف صغير ومسطح.

٦- راحة الكف تحوي خطاً واحدا في الغالب.

٧- ضخامة حجم اللسان وبروزه.

٨- تسطح الرأس من الخلف.

٩- غالبا ما تكون اليدان قصيرتان وعريضتان.

١٠-ضعف في العضلات.

ومن الناحية العاطفية، يتصف الأطفال المصابون بمتلازمة داون غالبا.

١- بـــخفة الروح.

٢- رقة الإحساس العاطفي.

وكثيرا ما توجد عيوب خلقية أخرى ومنها:

١- عيوب في القلب.

٢- عيوب خلقية في المعدة والأمعاء مثل التضييق المعوي.

٣- عيوب في السمع.

٤- عيوب خلقية في العمود الفقري العنقي.

مظاهر التخلف العقلي الشديد أو المتوسط وأحياناً البسيط:

١- غالباً مايو جد تأخر في النطق.

٢- النمو الاجتماعي أسرع من النمو العقلي، لذا غالباً ما يتصفون بالاجتماعية.
٣- ضعف في نمو الجهاز الحركي مع ضعف عام بالعضلات.
٤- العين بيضاوية مائلة لأعلى.
٥- الميل للسمنة.
٦- ميل العظام للين والأطراف للبرودة والزرقة.
٧- غالباً ما يصاب بالفتق السُري.
٨- اللسان به شقوق عميقة ويميل للخروج خارج الفم.
٩- مؤخرة الرأس على خط واحد مع العنق لعدم وجود العظم القذالي.
١٠- الجلد أبيض جاف بعد فترة من الرضاعة.
١١- الأصابع قصيرة ومنتشرة للخارج.
١٢- القامة قصيرة والبطن بارزة.
١٣- عدم أو ضعف في نمو الأعضاء التناسلية.
١٤- يموت ٢% منهم قبل الولادة أو أثنائها، بينما يموت من ٤.:٥٣% منهم خلال السنة الأولى من حياتهم.
١٥- شيوع الإصابة بضعف الجهاز الدوري وأمراض الجهاز التنفسي.
(فاروق صادق،٢...، ١٨- ٣٣) (كمال إبراهيم مرسي، ١٩٩٦،٩٧)

خيارات العلاج :

يتم تشخيص متلازمة داون عادة عند الولادة عن طريق الملامح الجسدية المميزة للطفل، ويتم التأكد بعدها باختبار الدم (تحليل الكر وموسومات) ويجب على الطبيب أن يوصي بعمل برنامج دعمي للأسرة والطفل لتتعلم كيف يمكن تعظيم قدرات الأطفال المصابين بـــمتلازمة داون حيث يمكن للأسرة بالفعل الإفادة بأكبر قدر ممكن من قدراتهم، وكثيرون منهم يتعلمون القراءة ويمكنهم أن يعيشوا حياة مستقلة عن طريق التعليم المستمر والدعم المباشر. ويمكن لكثير من الأسر أن تنتفع بالاشتراك في إحدى جماعات الدعم.

لا يوجد في الوقت الحالي علاج للأشخاص المصابين بـمتلازمة داون، وذلك بسبب عدم القدرة على تغيير الصبغة الوراثية، لكن يمكن التخفيف من المشكلات التي يتعرض لها، ويكون ذلك بعدة طرق منها:

١- توفير الرعاية الصحية الجيدة للطفل المصاب بـمتلازمة داون، ذلك لاكتشاف الأمراض التي يتعرض لها فور حدوثها، ومحاولة الحد من إصابته بالعدوى المتكررة، مثلا بإعطائه التطعيمات المهمة

٢- التعليم والتدريب: يعلم الطفل في مدارس خاصة إذا كانت درجة الإعاقة كبيرة، كما يمكن له الاندماج في المدارس العادية إذا كان مستواه الذهني في حدود المتوسط

٣- إعادة التأهيل للأطفال الذين لم ينالوا الرعاية الكافية منذ البداية

٤- التمارين الرياضية لتقوية عضلاتهم وتحسين معنوياتهم، بالإضافة لأنواع مختلفة من العلاج الطبيعي والعلاج المهني- مساندة الوالدين قدر الإمكان، ولابد أن تبدأ هذه المساندة منذ لحظة التشخيص، فمن المهم جداً مساعدة الوالدين على فهم حقيقة الموقف ومساعدتهم على تحمل الصدمة، ويفيد في ذلك التذكير بالله، واحتساب الأجر عنده، كما أن التحدث مع أمهات أطفال لديهم نفس المشكلة يفيد كثيرا في تقبل الموقف وامتصاص المشاعر المؤلمة

٥- توفير فرص العمل للبالغين المصابين بـمتلازمة داون، ويمكنهم العمل في أعمال مختلفة بعد التدريب.

٦- ينصح بإجراء الفحص الصبغي لوالدي الطفل المصاب بالانتقال الصبغي لتحديد الناقل، وبالتالي فحص الحمل في المستقبل.

(٣) متلازمة كراي دو شات Cri du chat Syndrome

تعد متلازمة كراي دو شات من الاضطرابات النادرة، إذ يقدر عدد المصابين بها ما بين ١: ٢٥.... إلي ١: ٥..... لكل طفل مولود. كما وجد أن

الأطفال الإناث أكثر إصابة من الأطفال الذكور، وتقدر النسبة بين الإناث والذكور ٣: ٢ لكل طفل مولود.

وتعرف متلازمة كراي دو شات بعدة أسماء منها:متلازمة **5p** السالب، ومتلازمة،**Le Jeune** ، ومتلازمة بكاء القطة.

الأسباب الجينية لمتلازمة كراي دو شات:

تنتج متلازمة كراي دو شات من فقد أو إلغاء أو حذف لجزء هام من المواد الجينية من الذراع القصير لزوج واحد من الكروموسوم ٥، وقد يحدث هذا الحذف بشكل تلقائي، دون معرفة السبب الحقيقي لهذا الحذف. إن حوالي ٨.% من الأطفال المصابين بهذه المتلازمة تنتج إصابتهم بسبب حذف لأحد الكروموسومات رقم ٥، وما بين ١.: ١٣ % تنتج لوجود خطأ في الكروموسوم ٥ لدى أحد الوالدين، كما أن مابين ٧: ١.% تنتج من شذوذ نادر في الكروموسومات.

أي أن متلازمة كراي دو شات تنتج من عمليات متعددة في الجينات داخل كروموسوم ٥، من هذه العمليات ما يسمى بإبدال غير طبيعي للمكان: **Unbalanced Translocation**، حيث يحدث الإبدال حينما تنفصل جزء من الكروموسوم وتلتصق بجزء آخر أو بكر وموسوم آخر، ويكون هذا الإبدال غير مؤثر أو لا يحدث اضطرابات عندما لا يتم فقد أو اكتساب مواد من أو إلى الجينات المنتقلة، وعندما يحدث هذا الانتقال الطبيعي للأب من المحتمل أن يولد الطفل وهو مصاب بمتلازمة كراي دو شات، وقد وجد ذلك لدى ١.% من الحالات.ومن تلك العمليات أيضاً أن يأخذ الجين شكل الدائرة أو الحلقة **Ring** وهي من الحالات النادرة، حيث يفقد الكروموسوم قطعة من كل نهاية من نهايات الجين، وترتبط هذه النهايات لتكون حلقة **(Cri Du Chat Support Group of Australia, (2..1)**.

خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة كراي دو شات:

تتأثر الخصائص بمكان الحذف وبشدته، فكلما كان الحذف شديداً كلما

كانت الأعراض أكثر حدة، لذا فالأعراض التالية لا تتوفر في كل الأفراد المصابين بالمتلازمة وإنما في بعضهم فقط نظراً لاختلاف أماكن الحذف.

ومن هذه الأعراض:

١- البكاء يشبه صوت القطة ويكون عالياً وحاداً وعلى وتيرة واحدة، وقد يكون هذا الصوت ناتجاً من ضعف في بنية العضلات أو الحبال الصوتية، أو ضعف في الجهاز العصبي.

٢- معظم الحالات لديها تخلف عقلي يتراوح من البسيط للشديد.

٣- اضطراب في القدرة اللغوية يتراوح من البسيط للشديد، وقد دلت الدراسات إلى أن اللغة الاستقبالية لدى هؤلاء الأطفال أفضل من اللغة التعبيرية لديهم، ويعني ذلك أن قدرتهم على الفهم اللغوي أفضل من قدرتهم على الكلام، حتى أن بعض الأطفال تنعدم لديهم اللغة تماماً، لكنهم يستطيعون التواصل – مع الآخرين بطرق متعددة.

٤- ضعف مدى الانتباه.

٥- النشاط الزائد لدى بعض الحالات.

٦- مشكلات سلوكية مثل: الحواز، والعدوان والإيذاء المتكرر للذات.

٧- الإصابة بتشوهات القلب لدى بعض الحالات.

٨- غالبا ما يكون وزنهم قليل عند الميلاد، ويعانون من مشكلات تتصل بالأكل والبلع.

٩- صغر حجم الرأس واستدارة الوجه والأنف بارز ومنخفض.

١٠- الفم صغير والإصابة بالشفة الأرنبية (المشقوقة) في بعض الحالات.

١١- حول بالعينين وتكون متباعدة عن بعضها والزاوية الخارجية لها منسحبة للخارج وإلى أسفل.

١٢- الأذنان في مستوى منخفض عن الطبيعي وبارزتان للخارج.

١٣- ارتفاع سقف الحلق أو وجود شق به.

١٤- الإصابة بضعف العضلات لدى بعض الحالات.

١٥- اضطرابات بالكلى لدى حالات قليلة.

١٦- مشكلات بالهيكل العظمي مثل الخلع الوركي وتشوهات بالقدمين.

١٧- اضطرابات بالأمعاء.

١٨- الإصابة بالإمساك من العام الأول أو الثاني ويستمر طوال العمر، ومن الممكن التحسن إذا تم التدخل العلاجي.

١٩- الإصابة المتكررة بالتهابات الأذن خاصة في مرحلة الطفولة.

٢٠- سيولة اللعاب لدى كثير من الحالات.

(Sweeney,B., &Klages,P.,2...) (Grady, D.,1998)

(٤) متلازمة برادرويلي:

تم وصف هذا الاضطراب عام ١٩٥٦ عن طريق ورقة عمل نشرها كل من برادر ويلي ولابهارت في المؤتمر الدولي الثامن لطب الأطفال في كوبنهاجن. وتعد متلازمة برادر ويلي من الاضطرابات الجينية النادرة إذ يقدر حدوثها بحوالي ١ لكل ١٢.....: ١٥..... ألف طفل مولود، وفيها تتساوى نسبة الإصابة بين كل من الذكور والإناث.

وتنتج متلازمة برادر ويلي في معظم حالاتها من غياب أو حذف لجين من الذراع الطويل لكروموسوم ١٥ القادم من الأب، وفي بعض الأحيان تنتج من حصول الطفل المصاب على نسختين من الكروموسوم ١٥ من الأم.

(Edelson,S.,1999)

خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة برادرويلي:

١- نقص الحركة وهو جنين.

٢- ضعف للعضلات منذ الطفولة ويزيد مع العمر.

٣- خمول في مرحلة الطفولة مع بكاء ضعيف.

٤- مشكلات في الأكل، مثل الارتباط الزائد بطعام معين والأكل الزائد.

٥- نقص وعدم زيادة في الوزن في مرحلة الطفولة.
٦- زيادة أو سرعة في الوزن في سن مابين سنة: ست سنوات مع سمنة مفرطة في غياب التدخل العلاجي.
٧- تخلف عقلي بسيط أو صعوبات تعلم.
٨- مشكلات جنسية: مثل ضعف الغدد التناسلية وعدم اكتمالها، تأخر ظهور الأعضاء التناسلية وعلامات البلوغ وتشمل: تأخر نزول الخصيتين وصغر حجم القضيب لدى الذكور، تأخر نزول الطمث لبعد سن ١٦سنة أو عدم نزوله لدى الإناث.

ملامح مميزة للوجه: مثل، استطالة الجمجمة مع وجه ضيق وعينين ضيقتين وبيضاويتين. (Spears,S.,2...)

(٥) متلازمة أنجلمان:

تعرف متلازمة أنجلمان في بعض الأحيان بمتلازمة الدمية السعيدة **Happy Puppet Syndrome** نظراً لأن مشية المصابين بها تشبه حركات الدمية التي يتم تشغيلها بالخيوط،وأنهم يظهرون في أغلب الأوقات ضاحكين ومبتسمين. (وفاء الشامي،٢٠٠٣،١١٣)

وتعد متلازمة أنجلمان من الاضطرابات الجينية النادرة، حيث يقدر نسبة حدوثها مابين ١: ١٥.... إلى ١: ٣..... ولادة حية، وينتشر هذا الاضطراب بشكل متساوٍ بين الذكور و الإناث، إلا أنه يكثر انتشارها لدى الجنس القوقازي. وقد اكتشفت هذه المتلازمة سنة ١٩٦٥ على يد الطبيب الإنجليزي هاري أنجلمان.

وعن أسباب متلازمة أنجلمان تحدث نتيجة:

١) حذف أو فقد لأجزاء من الكروموسوم ١٥ القادم من الأم، وكان ذلك لدى ٧٠: ٧٥% من الحالات.

٢) تنظيم غير طبيعي في الكروموسومات، وكان ذلك في ٢% من الحالات.
٣) طفرة في الجينUBE3A الواقع في الكروموسوم ١٥، ووجد ذلك في ٣: ٥% من الحالات.
٤) أسباب غير معروفة في ١٩% من الحالات.

خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة أنجلمان:

١) تأخر حاد في النمو.
٢) غياب اللغة أو أقل استعمال للكلمات.
٣) اضطراب في الحركة أو التوازن مع حركات غير متناسقة وأطراف مرتجفة.
٤) عادات سلوكية مثل:
أ- ضحك متكرر.
ب- سهولة الاستثارة.
ج- رفرفة اليد.
د- مدى انتباه قصير.
٥) صغر حجم الدماغ في سن الثانية.
٦) ظهور نوبات صرع فيما بين سن ٨: ٢٤.
٧) شذوذ في رسام المخ الكهربي.
٨) وجود حول في العين.
٩) اضطرابات في حركة اللسان وفي المص وفي البلع.
١٠) نقص في أنسجة الجلد والعين.
١١) إفراط حركي ناتج عن أفعال منعكسة للأوتار.
١٢) بروز الفك.
١٣) بروز اللسان مع سيلان اللعاب المتكرر.
١٤) شدة الولع بالماء.
١٥) تفلطح الدماغ من الخلف.

١٦) رفع الذراعين عند المشي.

١٧) اضطرابات في النوم. (Lariccia,J., & Whyte,M.,2...)

(٦) متلازمة ويليام:

لاحظ وليام (وهو اختصاصي بأمراض القلب من نيوزيلندا) عام ١٩٦١ أن فئة صــغيرة من مرضاه الأطفال كانوا يتشابهون في عدة خصائص. فإضافة إلى إصابتهم بعيوب خِلقية في القلب كانت لهم ملامح وأشباه مميزة (مثل ارتفاع طرف الأنف إلى أعلى وصغر في الذقن) ولديهم ضعف في المهارات العقلية. وكان ضيق المنطقة التي فوق الصمام الأورطي مباشرة أكثر المشكلات القلبية شيوعا بينهم، ومنذ ذلك الوقت لاحظ الأطباء أعراضاً أخرى في وقت مبكر من العمر.

ففي السنة الأولى من العمر، قد يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في الرضاعة وقد يعانون من "مغص في المعدة" والإمساك. كما يتصف الكثير منهم بشدة الحساسيةِ للضوضاء والأصوات العالية. وبعضهم لدية فتق في أسفل البطن. ويرتفع عند العديد منهم ارتفاع في مستوى الكالسيوم في الدم. وعند البلوغ قد تخشن أصواتهم ويبدون متأخرين في نموهم الجسمي وقصر بعض الشيء في طول القامة، يصحب ذلك تأخر في الجلوس والمشي فهم يبدؤون المشي في المتوسط في سن ٢١ شهراء وغالبا ما تكون حركات أيديهم الدقيقة ضعيفة بعض الشيء. وعند مقارنتهم بنظائرهم يبدو أنهم يشيخون في وقت مبكر (فيشيب شعرهم وتتجعد بشرتهم على سبيل المثال في وقت مبكر نسبيا). وتحدث متلازمة ويليام بمعدل حالة واحدة لكل ٢......: ٥...... ولادة حية على امتداد العالم.

الأسباب الجينية لمتلازمة ويليام:

في عام ١٩٩٣ اكتشف الأطباء أن سبب متلازمة ويليام هو فقدان قطعة صغيرة جدا من إحدى نسختي الكروموسوم (الصبغة) رقم سبعة. ويتوقع أن هذه القطعة المفقودة تحتوي على حوالي ١٥ جينا أو أكثر. من هذه الجينات جين يدعى

إيلاستين Elastin وينتج هذا الجين بروتين يسمى بنفس الاسم ويدخل في تكوين الأنسجة الضامة التي تدعم جدران العديد من الأوعية الدموية والأربطة والجلد(وهذا يفسر ضيق الشريان الأورطي و مرونة المفاصل والفتق وتجعد البشرة في وقت مبكر في هؤلاء الأطفال). ومن الواضح اليوم أن الطفرة في جين إيلاستين تحدث في نحو ٩٥%من مرضى متلازمة ويليام.

ومن الجينات الموجودة على الكروموسوم السابع كروموسوم يدعى "ليم" -LIM والذي ينشط في الدماغ، وهذا يشير إلى إمكانية تأثيره في نمو الدماغ وقيامه بوظائفه. ولكن الوظائف الدقيقة التي تقوم بها بروتين هذا الجين غير معروفة، وقد يمكن الكشف عنها في السنوات القليلة القادمة.

وقد يؤثر في القدرة على إدراك العلاقات المكانية. وقد يساعد هذا الدور الوظيفي لجين "ليم" على تفسير سبب صعوبة رسم أشياء شائعة بسيطة من الذاكرة بشكل مضبوط لدى أطفال متلازمة ويليام.

وهناك جين آخر في نفس المنطقة من كروموسوم ٧و ويسمىRFC2. وينتج هذا الجين نوع من البروتين له علاقة بنسخ الـــDNA، ولكن إسهامه في متلازمة ويليام لم يثبت حتى الآن. (Noll, P., & Mclaren,B.,2..1)

خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة ويليام:

إضافة للخصائص السابقة هناك بعض السمات يمكن تحديدها فيما يلي:

١) التخلف العقلي في ٧٥% من الحالات:

أ- أوزان أطفال متلازمة ويليام عند الولادة اقل بقليل من المتوسط الطبيعي.كما قد ينمون بشكل بطيء في السنوات الأولى من العمر. وعند البلوغ تكون أطوالهم اقل بقليل عن مستوى أقرانهم. وتشيع في السنوات الأولى من العمر مشاكل التغذية والرضاعة.

ب- أكثر من ٧٥% من أطفال متلازمة ويليام لديهم عيب خِلْقِي في القلب أو الأوعية الدموية المحيطة به. ويعتبر ضيق الشريان الأورطى (في المنطقة التي تلي الصمام الأورطي) وضيّق الشّرايين الرّئويّة من أكثر هذه العيوب انتشاراً بينهم.

٢) ضحك دون سبب معروف.
٣) الانسحاب.
٤) مشكلات شبيهة التوحد مثل الروتين وصعوبة في المهارات الحركية وشدة الحساسية للضوضاء والأصوات العالية، أو لأصوات معينة.
٥) يصحب ذلك تأخر في الجلوس والمشي فهم يبدؤون المشي في المتوسط في سن ٢١ شهراء وغالبا ما تكون حركات أيديهم الدقيقة ضعيفة بعض الشيء.
٦) يكثر في السنة الأولى من العمر ارتفاع مستوى الكالسيوم في الدم مما يسبب بكاء الطفل بشدة بشكل يشبه المغص. ويُذكر أن أسباب هذا الارتفاع غير معروف لدى الأطباء..
٧) موهبة موسيقية فذة. فيصغون إلى الموسيقى ويغنون ويعزفون على الآلات بشكل مدهش.وبعضهم لدية قدرة تامة أو شبه تامة على تعيين طبقة الصوت **pitch** وإحساس فائق بالإيقاع. وقد يحفظ بعضهم موسيقى معقدة لسنوات عديدة ويتذكرون ألحانا وأغاني شعبية طويلة. ويستطيع بعضهم الإنشاد بألحان متناغمة، ويرتجلون ويلحنون القصائد الغنائية بسهولة.
٨) صعوبة في استخدام قواعد النحو مثل تصريف الأفعال وتعيين صيغة الجنس من تأنيث وتذكير وكذلك صيغة الجمع.
٩) انخفاض في هرمون الغدة الدرقية.
١٠) الأسنان في العادة اصغر من الطبيعي وتكون الفراغات بين الأسنان كبيرة. وقد يكون هناك عدم تطابق للأسنان بشكل صحيح. **(Edelson, S., 2...)**

ثانياً الاضطرابات الناتجة عن شذوذ في كروموسومات الجنس:

(١) اضطراب كروموسوم اكس الهش : Fragile X:

يوجد الجين المسبب لمتلازمة كروموسوم اكس الهش على الذراع الطويلة لكروموسوم اكس. وقد اكتشف هذا الجين في عام ١٩٩١ وأطلق عليه اسم **(FMR1)**. وبعد اكتشاف الجين أتضح أن الجين عند المصابين بالمرض به طفرة وراثية تمنعه

من العمل بشكل طبيعي فلا ينتج المادة التي كان من المفروض أن ينتجها وهي نوع من البروتين. بينما الحاملون للمرض يكون لديهم طفرة في الجين ولكن لا يوجد نقص مؤثر في إنتاج هذه المادة البروتينية. يطلق الأطباء كلمة طفرة كاملة (Full Mutation) على المصابين بالمرض وطفرة جزئية (Permutation) على الحاملين.

تعتبر متلازمة كروموسوم اكس الهش مرضاً وراثياً. وبما أن الجين FMR1 موجود على كروموسوم اكس فإن الرجل المصاب أو الحامل للمرض يعطي الجين المصاب بطفرة جزئية أو كاملة إلى بناته ولا ينتقل إلى أولاده الذكور أبدًا. بينما الأم الحاملة أو المصابة بالمرض تنقل الجين المصاب بطفرة جزئية وهذا هو الغالب أو طفرة كاملة إلى بناتها و أولادها، وفي العادة تكون الأم هي التي تنقل المرض إلى أولادها وبناتها لأنه في كثير من الأحيان تكون الأم غير مصابة بالمرض بل حاملة له فقط(لديها طفرة جزئية). وقد لا يظهر المرض في كل الأجيال خاصة إذا كان النساء في هذه العائلة حاملات للمرض فقط ولم يولد لهن أبناء ذكور مصابون.

ويقع داخل الجين المسبب لمتلازمة كروموسوم اكس ((FMR1 قطعة قابلة للتمدد، والانكماش، وهي عبارة عن سلسلة ثلاثية من القواعد النووية مصفوفة جنب بعضها البعض وبشكل متكرر. ويتراوح عدد هذه السلسلة الثلاثية بين شخص وأخر ولكنها لا تتعدى أكثر من ٥٢ قطعة ثلاثية. ولكن بعض الأشخاص يكون العدد أكثر من ذلك.و يسمى الشخص الذي لديه جين عليه أكثر من ٥٢ قطعة ثلاثية ولكنها أقل من ٢.. أنه حامل لطفرة جزئية وفي العادة لا يكون لدية أي عرض من أعراض المرض. والشخص الذي لدية جين عليه أكثر من٢.. قطعة ثلاثية فإن لدية طفرة كاملة وقد تختلف الأعراض بين الذكور والإناث. وبما أن الجينات تنتقل من الآباء إلى الأبناء فإن الجين FMR1 أيضاً ينتقل من جيل إلى أخر. ولكن المهم في الأمر أن الشخص الحامل لطفرة جزئية (كان رجلا أو امرأة) أي لديه أكثر من ٥٢ وأقل من ٢.. قطعة ثلاثية عندما يعطيها لأحد أبنائه أو بناته،

فإن القطعة الثلاثية قد تمتد فتتعدى الحد الطبيعي وبذلك يصاب الطفل الذي يحصل على هذه القطعة الممتدة بمتلازمة كروموسوم أكس الهش.يزيد احتمال التمدد في الجين المصاب بطفرة جزئية إذا انتقلت من الأم أكثر منها عندما تنتقل من الأب.

الأعراض الشائعة:

أعراض متلازمة كروموسوم اكس الهش متفاوتة وفي العادة تشمل ما يلي:

١) إعاقات عقلية تتراوح بين صعوبات تعلم إلى تأخر عقليّ .
٢) قصور في الانتباه ونشاط مفرط .
٣) قلق ومزاج متقلبٌ .
٤) سلوكيات مشابهة للمصابين بمرض التوحد.
٥) استطالة الوجه، آذان كبيرة، تسطّح باطن القدم .
٦) ليونة في المفاصل، بخاصّة مفاصل الأصابع.
٧) نوبات من الصرع تصيب نحو ٢٥% من الأفراد المصابين.
٨) إصابة الأولاد أكثر شدّة منها في البنات. فبينما يصاب معظم الأولاد بالتأخر العقليّ، فإن ثلث إلى نصف عدد البنات يصبن بتأخر عقلي ملحوظ، والباقي من البنات يكن طبيعيات من الناحية العقلية أو يكون لديهن فقط صعوبات في التعلم. بينما يعاني كلا الجنسين من اضطرابات سلوكية وعاطفية

(٢) متلازمة ريت:

متلازمة ريت هي إحدى اضطرابات النمو الشاملة، والتي تعتبر من أشد إعاقات تلك المجموعة، من حيث تأثيرها على مخ الفرد المصاب وفقدانه القدرة على الاحتفاظ بما اكتسبه من خبرات، وما تعلمه من مهارات (كالمشي والكلام.... الخ)، وكثيرا ما يصاحبها درجة من درجات التخلف العقلي.

بالإضافة إلى ما تسببه له من إعاقات حركية أو إعاقة تواصل ونوبات صرعية تزيد من إعاقته عنفا ومن الجهود اللازمة لرعايته وتأهيله تعقيدا، وهي

إعاقة تصيب البنات وتبدأ أعراضها في الظهور بعد الشهور الستة أو الثانية عشر الأولى من عمرها، ويعتقد العديد من الباحثين أنها ذات أساس وراثي له علاقة بالكروموسوم X، وتحدث بمعدل حالة واحدة من كل ١.... ولادة حية، ولو أن المعتقد أنها أكثر من ذلك انتشارا لأن كثيراً من حالاتها تشخص خطأ على أنها حالات توحد أو شلل دماغي.

ومع التقدم العلمي وزيادة المعلومات المتوافرة عن هذه الإعاقة خلال عقد التسعينيات بدأت تقل أخطاء تشخيصها وتبين أنها أكثر انتشارا، ولو أنه نظرا لحداثة المعرفة العلمية بها لا توجد حتى الآن إحصاءات أكثر دقة عن مدى انتشارها.

أعراض متلازمة الريت

فيما يلي عدد من الأعراض التي سجلها واتفق عليها معظم الأطباء والأطباء النفسيين وأسر الأطفال المصابين بهذه الإعاقة وتشمل:-

١) بعد مرحلة نمو طبيعي جسميا ووظيفيا لمدة ٦ - ١٢ شهر أو أكثر بعد الميلاد، يبدأ توقف وتدهور ملحوظ في النمو مع قصور في المهارات التي كانت الفتاة قد اكتسبتها خلالها، ويبدأ ظهور تلك الأعراض في الرأس بشكل واضح فيصبح غير مناسب مع عمر الفتاة مما يترتب عليه نقصان حجم المخ لأكثر من ٣.% من حجمه الطبيعي في تلك السن.

٢) زيادة سرعة التدهور مع حركات غير هادفة لاإرادية وأوضاع غير طبيعية لليدين وحدوث طرق وتصفيق غير إرادي بالأيدي عند سن ٢٤-٣. شهر، وترنح وخلع حركي ملحوظ في المشي والحركات الإرادية ونوبات بكاء وصراخ مفاجئة أو ضحك دون سبب يذكر.

٣) طحن شديد مسموع في الأسنان والضروس يزداد أثناء النوم مع عدم ظهور أى شعور بالألم نتيجة لذلك.

٤) تتميز الفتاة بقصر الطول وصغر حجم الجسم بالنسبة لعمرها الزمنى، وذلك بسبب قصور أو توقف النمو الجسمي.

٥) اضطرابات واختلال التآزر الحركي، وخاصة في الأرجل والنصف الأسفل للجسم، وفى استعمال الأذرع وأصابع اليد مع ضعف عام أو قصور في كثافة عضلات الجسم كما لو كانت الفتاة مصابة بشلل بطئ ينتهى بالحاجة إلى كرسي متحرك، وفى بعض الحالات لا تتعلم الفتاه المشي أصلا.

٦) حركات لا إرادية أو انتفاضية قسرية تظهر فجأة دون توقع لأجزاء مختلفة من الجسم وخاصة في البطن والشفتين وأحيانا بالأطراف.

٧) تذبذب سريع ملحوظ في مقلة العين وفى بعض الأحيان تصلب في عضلات الرقبة مما يجعل الرأس واتجاه النظر إلى أعلى.

٨) اضطراب وتهتهة في الكلام وعدم القدرة على تكوين جمل سليمة ذات معنى.

٩) تعانى معظم حالات الريت من صعوبة في المضغ والبلع والتنفس مع اضطراب وظيفي في التنفس يتمثل في التذبذب بين تنفس سريع، ثم يليه نقص شديد في سرعة التنفس ولكنه غالبا ينتظم أثناء النوم.

١٠) إن أشد الأعراض تأثيراً على إعاقة الفتاة المصابة بالريت، هو عدم قدرة الفتاه على الحركة نتيجة القصور الذي يبدوا أنه يصيب معظم أو كل عضلات أعضاء الحركة، أو ما يعرف باسم الأبرا كسيا **Apraxia**، حيث ترغب الفتاة في التحرك أو أداء أي نشاط حركي وتحاول ذلك فعلا ولكنها تعجز عن أدائها أو تحقيق أهدافها، فجميع حالات الريت تحتاج إلى مساعدة في أداء كافة الأنشطة الحركية التي تتطلبها الحياة اليومية العادية، بما في ذلك تناول الطعام وارتداء أو خلع للملابس أو قضاء الحاجة في الحمام أو النظافة وغسل الأيدي أو الاستحمام.

١١) وقد وجد أن ٢٥% من حالات الريت لا يكتسبون مهارات المشي أصلا وأن نصف ممن يتعلمون المشي مبكرا في حياتهم يعانون من فقدان تلك القدرة لاحقا، وأن نسبة عالية للغاية منهم تصاب بانحناء في العمود الفقري قد تصل إلى ٤٥ درجة وتحتاج علاجا جراحيا لإعادته إلى الوضع للطبيعي المعتدل.

١٢) استمرار التدهور في القدرات والوظائف الذهنية قد يزداد في بعض الحالات

إلى ما يشبه الخبل العقلي أو الجنون التفسخي، وتتدهور العمليات العقلية والحُكم السليم والانفعالات كتلك التي تحدث في الشيخوخة مع فقدان الذاكرة كلياً أو جزئياً.

١٣) نوبات صرع تخشبي متكررة تصيب ما بين٧٠:٥٠. % من حالات الريت تظهر بوضوح في رسم المخ (EEG) مع صداع ونوبات إغماء أو حالات اكتئاب وزيادة في إفرازات الفم مع حدوث هلوسة.

١٤) يعتقد معظم الباحثين في طبيعة وتشخيص تلك الإعاقة أن هذا التدهور الشامل يصيب الذكاء أيضا، ولو أن تلك المعلومة لم تأكدها أو تنفيها البحوث العلمية بسبب أن حالة التدهور التي تحدث على كافة محاور النمو والمهارات الحركية واللغوية والانفعالية التي تصيب الفتاة تجعل من المتعذر – أو ربما من المستحيل – القيام بعمليات قياس الذكاء. وكل ما هو معروف أو ثابت نتيجة الدراسات المسحية لعشرات أو مئات حالتها في المراحل الأولي للإصابة، أنها تصيب فتيات على درجات عالية أو متوسطة أو منخفضة من الذكاء على السواء.

الأسباب الجينية لمتلازمة ريت:

تأتي متلازمة ريت نتيجة طفرة في الجين MeCp-2 الواقع على الذراع الأطول للكروموسوم X، وجدير بالذكر أن مكتشف دور هذا الجين في إحداث المتلازمة هي الباحثة اللبنانية د. هدى الزغبي الأستاذة بكلية الطب بجامعة بايلور،وكان هذا الجين معروفاً من قبل وقام بوصفه العالم لويس عام ١٩٩٢، لكنه لم يكن يعلم أنه الجين المسبب لاضطراب ريت حيث نجحت د.هدى الزغبي في إثبات دوره كعامل مسبب لهذه الإعاقة.

وهذا الجين يكون تأثيره محدوداً للغاية على الجينات الأخرى من مخ الجنين في المراحل المبكرة من الحمل، وتتزايد قدرته تدريجياً مع تقدم الحمل حتى تصل إلى أقصاها في منطقة قرن آمون Hippocampus في مرحلة تكامل النمو

الفار في للمخ، بمعنى تأكيد أهمية هذا الجين في تحرير الجينات المسؤلة عن النمو في الجنين من عقالها

إن العطب الذي يصيب هذا الجين نتيجة الطفرة الوراثية يعوق قيامه بوظائفه الأساسية عن كبت أو تحرير جينات النمو الأخرى، لتقوم بوظائفها من دفع واستمرارية دفعها لعوامل النمو المختلفة، ومن هنا يتوقف نمو الطفل المصاب في محاوره المختلفة كافة من نمو حركي ولغوي ومعرفي واجتماعي يظهر في صورة الأعراض السابقة.

إن خللاً أو اضطراباً في توقيت عمل الجينات من حيث كبتها أو تحرير نشاطها لتأدية وظائفها (في النمو مثلاً) في الوقت المناسب وحتى مع تأدية وظائفها بعد فوات الوقت المناسب (الذي هو أصلاً مبرمج في الطفل السليم مسبقاً في الحمض النووي **DNA**) فإن اختلال واختلاف التوقيت الصحيح يؤديان إلى اضطراب في النمو على المحاور المختلفة، لذا تحدث الإعاقة.

وحتى الآن لا يعرف العلماء بدقة كافية الجينات التي تتحكم في النمو، والأهم إن العلماء لا يعرفون التوقيت الدقيق لانفتاح أو انغلاق تلك الجينات، وبالتالي لا يستطيعون التحكم فيها، وفي كبت أو تحرير نشاطها، ولكن الغالب أن ذلك يحدث في المراحل المبكرة من عمر الطفل (عثمان لبيب فراج، ٢٠٠٢، ١٤٥-١٤٧).

ومن العجيب أن نسبة ١% من حالات الريت تكون نتيجة مباشرة للوراثة من الأب أو الأم الذي يكون مصاباً أو مصابة بريت أو حاملا للجين المعطوب **MeCp-2**، وأن نسبة ٩٩% من الحالات كان كل من الأب والأم خاليين من الإصابة وليسا حاملين لهذا الجين.

وتم تفسير ذلك في ضوء أنه أحياناً ما تحدث الطفرة أثناء تكوين بويضة واحدة من بويضات الأم أو حيوان منوي من الأب، بينما بقية البويضات أو الحيوانات المنوية سليمة، وبذلك تكون جميع خلايا جسم الأم والأب سليمة من تلك الطفرات، وإذا ما تم التلقيح قبل الحمل بواسطة إحدى البويضات أو الحيوانات

المنوية المصابة بالطفرة في الجين MeCp-2 ففي هذه الحالة فقط تصاب الفتاة التي تكون قد تخلقت نتيجة هذا التلقيح بالبويضة أو الحيوان المنوي المصاب.

(المرجع السابق، ص ١٥٣)

تمر الفتاة المصابة بهذه الإعاقة بأربع مراحل متتالية:

١) تأخر وبطء تدريجي خفيف في التطور بعد مرحلة تطور طبيعي قد تستمر ٦ أو ٨ إلى ١٨ شهر بعد الولادة.

٢) تدهور متسارع في فقدان الطفلة معظم ما كانت قد اكتسبته وكذلك نسيان ما تعلمته من خلال عملية التطبيع الاجتماعي أو التفاعل مع المحيطين بها، كما تفقد حصيلتها اللغوية وقدرتها على التخاطب وتستمر هذه المرحلة نحو اثني عشر شهرا.

٣) مرحلة الكمون مع ظهور تحسن طفيف في العلاقات الاجتماعية وتلاقي العيون ولكن يزداد القصور في حركة الأيدي والتنفس والقدرات الحركية وتستغرق هذه المرحلة بين ١٠-٢٠ شهرا.

٤) استمرار في تدهور كل ما كانت الفتاة قد اكتسبته من قدرات حركية وبالتالي العجز عن أداء الأنشطة المختلفة وتزداد العضلات اضطرابا فتتحول إلى وضع تشنجي ثم حالة تصلب.

معايير تشخيص متلازمة ريت حسب التصنيف الإحصائي للأمراض DSM-4TR:

أ) توفر الخصائص التالية جميعا:

١- نمو طبيعي أثناء الحمل قبل الولادة وبعدها.

٢- تطور نفسي حركي طبيعي خلال الأشهر الخمسة الأولى بعد الولادة.

٣- محيط الرأس عند الولادة يكون طبيعي.

ب) بداية ظهور جميع الأعراض التالية بعد المرور بمراحل طبيعية من التطور:

١- تباطؤ نمو الرأس في المرحلة العمرية من ٥-٤٨ شهرا.

٢- فقدان القدرة المكتسبة من قبل في مهارات استخدام اليدين في الفترة

العمرية من ٥-٣. شهرا ويتلو ذلك ظهور بعض الحركات النمطية المتكررة مثل لف اليدين .

٣- فقدان مهارات التواصل أو التفاعل الاجتماعي.

٤- ظهور تدهور في تناسق الجذع والمشية.

الفرق بين متلازمة ريت والتوحد:

١) تبدي المصابة تدهورا واضحا تدريجيا في التطور مع تقدم العمر.

٢) اضطراب التوازن- ترنح المشي.

٣) غياب التناسق الحركي.

٤) فقدان تام للوظائف اللغوية.

٥) اضطرابات التنفس أحد الأعراض الرئيسية.

٦) التدهور في محاور التطور.

٧) نوبات الصرع تظهر مبكرا في ٧٥% من الحالات.

(٣) متلازمة تيرنر Turner Syndrom

عرفها الطبيب هنري تيرنر الأستاذ بجامعة أكلاهوما على سبعة من مرضاه ووصف خصائصها وذلك عام ١٩٣٠، ولكن لم يتم التأكد منها إلا عام ١٩٥٩، عندما أتاحت التقنية التعرف عليها وأمكن فحص الكروموسومات والجينات بدقة.

تعد متلازمة تيرنر من الاضطرابات الكروموسومية النادرة التي تصيب الإناث، حيث تحدث متلازمة تيرنر بمعدل ١: ٥... أنثى مولودة، وليس له علاقة بسن الأم عند الحمل، ولا بالعوامل البيئية. *(محمد السيد حلاوة، ١٩٩٨، ١٩٥)*

ومن المعلوم في الحالات الطبيعية أن الإناث لديهم زوج من الكروموسومات الجنسية (X)، أما في متلازمة تيرنر يحدث حذف أو عدم اكتمال لأحد هذين الكر موسومات وتحمل الأنثى كروم وسوم X واحد فقط، وقد دلت الدراسات أنه في بعض الحالات قد تحمل الأنثى كروم وسوم X بجانب بعض مواد من كروموسوم Y، وفي حالات أخرى قد تحمل الأنثى زوج من الكروموسومات X

ولكن أحدهما به عطب ولا يعمل، إضافة لذلك فإنه في بعض الحالات قد تحمل الأنثى العدد الطبيعي من الكروموسومات بما في ذلك زوج من الكروموسوم X ولكن في بعض الخلايا، بينما تحمل كروموسوم X فقط في الخلايا الأخرى، ويحدث غياب كروموزوم الجنس نتيجة فشل انفصال كروموسومي الجنس أثناء الانقسام.

خصائص الأنثى المصابة بمتلازمة تيرنر:

١) قصر القامة، والرقبة قصيرة وعريضة من الخلف.
٢) غياب للنمو الجنسي في سن البلوغ حيث لا وجود للدورة الشهرية، والأعضاء التناسلية غير ناضجة.
٣) حول وأحياناً نقص في قوة الإبصار.
٤) أذن منخفضة وكبيرة ومرتفعة للخارج.
٥) سقف الحلق ضيق.
٦) حدوث صمم في عدد ملاحظ من الحالات نتيجة إصابة العصب السمعي.

لقد أظهرت الدراسات انخفاض نسبة الذكاء ولكن لا يصل بالحالة إلى التخلف العقلي، وإن كان هناك معاناة من صعوبات التعلم انتشار العيوب في الأوعية الدموية للقلب وكذلك في الجهاز البولي والكلى لدى معظم الحالات والأصابع للداخل والأظافر قليلة النمو.

(٤) متلازمة كلاينفلتر Klinefelter Syndrome

وهذه المتلازمة تنشأ عن زيادة كروموزوم الجنس (x) بحيث يكون كروموزوم ٢٣ ثلاثيا (xxy) بدلا من أن يكون زوجيا (xx) أو (xy)، ويحدث هذا الخطأ نتيجة فشل انفصال كروموزومي الجنس أثناء الانقسام عند الرجل أو المرآة. وتصيب هذه المتلازمة الذكور فقط بنسبة ١: ٨... أي ولادة واحدة مصابة في كل ٨... ولادة عادية.

وتزداد هذه النسبة في ولادات الأمهات بعد سن الأربعين، ومن أعراضه

الإكلينيكية: تأخر الطفل في المشي والتسنين والكلام، وتوقف نموه العقلي وطول ساقيه، وصغر حجم أعضائه التناسلية، وتأخر ظهور الأعراض الجنسية الذكرية الثانوية، ويكون الطفل في العادة عنيدا كثير العدوان. (كمال إبراهيم مرسي،١٩٩٦، ١١).

خصائص الطفل المصاب بمتلازمة كلاينفلتر:

١) ضعف في النمو الجنسي وفي صغر حجم الخصيتين وفي الحيوانات المنوية.
٢) كبر حجم الثديين وزيادة إفراز الهرمون المنشط لحويصلات البويضات.
٣) صعوبات في المهارات الحركية، وتظهر في صعوبة اشتراكهم مع أقرانهم أو والديهم في أنشطة اللعب والأنشطة الجماعية.
٤) اضطراب في المهارات اللغوية.
٥) سرعة الإحساس بالتعب والرغبة المستمرة في النوم.
٦) مستوى عادي من الذكاء، أو ينخفض قليلاً لدى بعض الأطفال.
٧) أحياناً يحدث ضعف في التوافق العضلي(.Klinefelter's Syndrome, 2..)

وبعد هذا العرض البسط لكل أنواع التوحد قمنا بعرض معظم المتلازمات التي يتصف بها الأطفال المصابون التوحد متناولا المفهوم والخصائص والصفات التي يتصفوا بها في عرض مبسط وسلس تساعد الباحثين في تحديد وتشخيص التوحد والإلمام بمفهومه العام والخاص .

مراجع الفصل

(٥) فاروق صادق (٢...): التوازن بين المدخل الطبي والمدخل التربوي في رعاية أطفال متلازمة داون، ندوة الإعاقات النمائية: قضاياها ومشكلاتها العملية، جامعة الخليج العربي، البحرين.

(٦) محمد السيد حلاوة(١٩٩٨): التخلف العقلي في محيط الأسرة، منشورات جامعة الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.

(٧) وفاء الشامي (٢..٤): خفايا التوحد، مركز جدة للتوحد، المملكة العربية السعودية.

(٨) عثمان لبيب فراج (٢..٢) بحث: استراتيجيات مستحدثة في برامج رعاية وتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجـات الخاصة -مجلة الطفولة والتنمية - عدد (٢) صيف ٢..١م، بصدرها: المجلس العربي للطفولة والتنمية - مصر، ص١٤.

(٩) عثمان لبيب فراج (٢..٢): الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة، المجلس العربي للطفولة والتنمية. القاهرة.

(١٠) كمال إبراهيم مرسي(١٩٩٦): مرجع في علم التخلف العقلي، دار النشر للجامعات المصرية، القاهرة.

(11) Genetic Information and Patient Service, (2..2) (Genetic Science Learning Center,2..3).

(12) Department of developmental services,1999

(13) Association of Klinefelter's Syndrome,)2..1): information about Klinefelter's Syndrome, Denmark.

(14) Myers, B.A. & Pueschel, S.M. (1991) ;Psychiatric disorders in persons with down syndrome. The Journal of Nervous and Mental Disease,v179, pp 6.9-613.

(15) Mary Coleman, (1986);Down's syndrome children with

autistic features. Papers and Abstracts for Professionals, v9, n3, pp1-2.

(16) Cri Du Chat Support Group of Australia,(2..1): What is Cri du Chat Syndrome?, Australia.

(17) Edelson,S., (1999): Prader-willi Syndrome, Center For Study of Autism, U S A.

(18) Grady, D.,(1998) :Low Resolution Physical Mapping of Human Chromosome 5: Cloning the Cri du Chat, Critical Regions Human Genome Program Contractor-Grantee Workshop IV, New Mexico.

(19) Jackson, C., (2..1): Down Syndrome, Dept of Human Genetics Virginia Commonwealth University, U S A

الفصل الثالث

التوحد واضطرابات التواصل اللغوي

أولا : الأسباب العامة لاضطرابات التواصل والتخاطب :

ان اكتساب اللغة والتواصل يعتبر من أهم المهارات الأساسية في مرحلة الطفولة المبكرة خلال السنوات الخمس الأولي من عمر الطفل، وأن القدرة على تكوين حصيلة لغوية واستخدام اللغة في التواصل والتخاطب بشكل واضح وسليم، يعتبر عاملاً أساسياً في عملية التعلم واكتساب الخبرات الحياتية والنمو المعرفي والانفعالي والاجتماعي والتكيف السليم مع متطلبات الحياة الاجتماعية.

وللغة وظائف تقوم بها: وظيفة اجتماعية باعتبارها أداة اتصال وتفاهم بين الأفراد، ووظيفة عقلية تتمثل في تكوين المفاهيم، بالإضافة إلي الوظيفة النفسية والجمالية حيث تقوم اللغة بدور هام في التعبير عن النفس والوجدان والتذوق والإحساس بالجمال.

فاللغة أساسية لتنمية شتي المهارات الأخرى التي يكتسبها الفرد في مختلف مراحل نموه حيث يتوجه الفرد نحو الآخرين ويتفاعل معهم لغويا ويستمع إليهم ويركب الجمل ليوصل أفكارهم إليهم.وحقيقة الأمر أن جميع المهارات اللغوية متداخلة ومتشابكة وأي مهارة يكتسبها الفرد تساعده علي اكتساب المهارات الأخرى. وتتكون اللغة بصفة عامة من مجموعة من المهارات هي: الاستماع والفهم، والتحدث، والقراءة، (هدي الناشف، ١٩٩٨: ٣ – ٥) .

واللغة تحتاج لقدرة ذهنية تمكن الفرد من فهم ما يسمع واختيار ما ينطق به من كلمات ومن هنا فان قدرة الأطفال ذوى صعوبات التعلم على التواصل اللفظي اقل من اقرأنهم من الأطفال العاديين وذلك لما لديهم من صعوبات في القدرات المرتبطة ارتباطا وثيقا بالقدرة على الكلام ولا سيما ارتباطهما بأهم مراحل عملية الكلام وهى مرحلة المعالجة والتي تتم في المخ

ولذا يؤكد كل من بنستين وتجرمان(Bernstein&Tiegerman,1993,5) على ضرورة تعليم أصوات حروف الكلام، باعتبارها المميزة للكلام، فلكل لغة أصوات محددة لرموزها، تتجمع هذه الأصوات لتعطى مقاطع، ثم كلمات،ثم

جمل، والأصوات هي المادة الخام للكلام، لذا فهي النقطة الهامة التي يجب تدريب أطفالنا عليها.

ولذا يجب الاهتمام بتحسين مستوى النطق لدى الأطفال وعلاقته بعلاج بعض صعوبات الصمت اللغوي وتحسين التفاعل مع الآخرين وتقليل اضطرابات النطق والكلام التي تشيع بينهم وتكون عائقا في عملية التواصل، لأن هذه الاضطرابات ترتبط بشكل واضح بانتشار الاضطرابات النفسية لدى الأطفال التوحد. أكثر الأسئلة تكرارا من آباء الأطفال التوحديين تتركز حول مدى تحسن لغة الطفل في المستقبل.

في الدراسة ألتي قام بها مركز دراسات التوحد في بريطانيا على 3.145 حالة توحد وجد أن:

9% لا تتطور لديهم اللغة مطلقا.

43% بدأوا في الكلام مع نهاية السنة الأولى من الميلاد.

35% بدأوا في الكلام بين السنة الأولى والثانية من الميلاد.

22% بدأوا الكلام في لسنة الثالثة وما بعدها.

كما أشار مسح حديث إلي أن **12%** من الأطفال التوحديين قد فقدوا اللغة تماما في سن **5** سنوات.

ويعرف جمال الخطيب التواصل (١٩٩٨، ١٢٤) بأنه عملية تبادل الأفكار والمعلومات وهو عملية نشطة تشتمل على استقبال الرسائل وتفسيرها وينبغي على كل من المرسل والمستقبل أن ينتبه إلى حاجات الطرف الآخر لكي يتم توصيل الرسالة بفاعلية وبالمعنى الحقيقي المقصود منها.

ويعرف محمد عبد الحميد (٢...٢١،)، التواصل أنه العملية الاجتماعية التي يتم بمقتضاها تبادل المعلومات والآراء والأفكار في رموز دالة بين الأفراد لتحقيق أهداف معينة.

ويرى عبد العزيز الشخص (١٩٩٧: ١٨) أن التواصل هو تلك العملية

الغنية الشاملة التي تتضمن تبادل الأفكار والآراء والمشاعر بين الأفراد بشتي الوسائل والأساليب مثل الإشارات والإيماءات، وتعبيرات الوجه، وحركات اليدين والتعبيرات الانفعالية، فضلاً عن اللغة، وتعد اللغة المنطوقة (النطق) أحد أشكال التواصل التي تتيح للفرد نقل المعلومات بصورة دقيقة ومفصلة.

وعرف كور سيني Corsini (١٩٩٩) التواصل بأنه العملية التي ينقل فيها الفرد فكرة لفرد أخر عن طريق التحدث أو بواسطة الكلمات المكتوبة، والصورة، والإيماءات، والاتصالات غير اللفظية(Corsini, 1999, P. 191).

إذن اللغة عبارة عن نظام من الرموز يتفق عليها في ثقافة معينة، أو أفراد فئة معينة، أو جنس معين، ويتسم هذا النظام بالضبط والتنظيم طبقا لقواعد محددة وبالتالي تعد اللغة إحدى وسائل التواصل، وقد تكون اللغة منطوقة أو مكتوبة أو لغة إشارة أو بريل أو لغة العيون أو لغة الأصابع، وقد تشمل رموز أو نقاط أو أشكال، وقد تتخذ صورة أصوات أو حركات وإيقاعات يتفق عليها بين أفراد الجنس الواحد.

ويرى علماء اللغة أن اللغة هي عبارة عن مجموعة من الرموز المنطوقة تستخدم للتعبير أو للاتصال مع الغير وهى قد تشمل لغة الكتابة، أو لغة الحركات المعبرة (الإيماءات أو التكشيرات).

ويرى البعض أن التواصل هو استخدام التعبير باستخدام النطق المناسب في الوقت والموقف المناسب، ويطلق عما هو مخزون في الدفاع وقد يخلط البعض بين النطق واللغة والتواصل فيستخدم مصطلح التواصل كلفظ عام ليدل على الجميع[١٠].

الأسباب العامة الاضطرابات التواصل والتخاطب:

هناك تقسيم للأسباب على أساس أسس اكتساب اللغة وهى الأسباب البيولوجية، والنفسية، والمعرفية والاجتماعية.

وهناك من قسم الأسباب إلى أسباب عضوية وأسباب اجتماعية وتربوية وأسباب نفسية وجدانية، إلى جانب الإعاقة السمعية والإعاقة العقلية، وشلل الأطفال.

وهناك تقسيم للأسباب هاريسون الذي ركز على الجانب العضوي فقط ويطلق عليه التقسيم الطبي الاضطرابات حيث يرى أن الأسباب عضوية في مجملها.

وهناك تقسيم للأسباب على أساس مراحل النمو ويقسمها إلى اسباب جينية واستعداديه، وأسباب ولادية وأسباب بيئية.

وهناك تقسيم للأسباب على أساس مراحل عملية النطق حيث تقسم إلى أسباب تحدث في مرحلة الاستقبال أو مرحلة المعالجة أو مرحلة الإرسال أو مرحلة النطق.

وهذا التقسيم وفقا لمراحل عملية النطق هو ما سوف نتناوله بالتفصيل فيما يلي:

وعندما تعاملت مع الحالات المترددة على مراكز التخاطب وجهتنا الحيرة كيف نتعامل مع هذا الحالات في مجال النطق، ولمست من خلال العمل الميداني أننا أمام مشكلة كبيرة وهى كيف نجعل هذا الطفل أن يتكلم مع أهله وما هي طرق التخاطب معه .فالنتيجة التي توصلنا إليها أن الطفل التوحدى لا يتكلم إلا في سن متأخرة وهو يفضل الإشارات عن النطق يفضل الصمت غير قادر على التعبير اللفظي المسموع والمفهوم معظم كلامه هو كلام نمطي من النوع غير المفهوم (ترجمة للمعاني غير واضحة في عقله الباطن .يقول على سبيل المثال بدبدشى وتكرارها أكثر من عشرون مرة في الدقيقة الواحدة) .

وهذا ما يؤكده كل من بالتكس وسيمونس(**Baltaxe&Simmons 1981**) و تاجر وآخرون(**Tager et al 199.**) على أن حوالي ٧٥% من أطفال التوحد عندما يتكلمون فإنهم يظهرون اللغة الببغائية، بمعنى أنهم يعيدون نطق ما يسمعونه بشكل متسرع وربما يؤدي كذلك كما أشار كوجل و كاماراتا **Koegel & Camarata (1994**) إلى السلوك العدواني أو إيذاء الذات فهم دائما يصيبون أنفسهم بعض أيديهم أو وضع أي أشياء جامدة على أجسادهم، ولذا فهو يعد من ضمن الإعاقات التي لها سمات وخصائص خاصة بهم هذا ما أشار إليه (سيد جارحي، ٢٠٠٤: ١٨)، إلى أن التوحد هو إعاقة ذات تأثير شامل على كافة جوانب النمو تصيب الطفل خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر، فتؤدى به إلى قصور واضح في مهارات التفاعل الأجتماعى ومهارات التواصل اللفظي غير اللفظي ومحدودية شديدة في الأنشطة والاهتمامات بالإضافة إلى السلوكيات المضطربة

مثل السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات وتلك السلوكيات التي تعد قصوراً في التكامل الحسي وصعوبة تبني وجهة نظر الآخرين.

من هنا نجد أنه من أهم سمات الطفل التوحدى هو ضعف تواصله مع الآخرين وعدم وضوح اللغة لدية كما انه يصدر منهم بعض السلوكيات عير الاجتماعية التي يطلق عليها وإضطرابات سلوكية وهذا متفق علية منذ أنْ أكتشف اضطراب التوحد فقد أشار "ليوكانر" إلىَ أن-التوحد عبارة عن اضطراب يظهر منذ الولادة ويعانى الأطفال المصابون به من عدم القدرة على التواصل بأي شكل من الأشكال وكذلك ضعف واضح في اللغة خصوصاً في المراحل العمرية الأولى.

ويشير قاسم عبدا لله(٢..١: ٩١) إلى أنه بالرغم مما يتسم به الطفل التوحدى من ضعف في نمو اللغة والبطء في تكوين النطق فإن العديد من مظاهر العجز اللغوي للتوحد تظهر في اضطرابات أخرى، وفوق ذلك فإن المهارة في اللغة تمهد لأداء الأطفال التوحديين، ولكن تأخر اللغة المتطورة خلال مرحلة ما قبل المدرسة ليست خاصة بالتوحد فقط حيث تعد مؤشراً أيضاً لضعف الأداء الاجتماعي الانفعالي.

وأكد (هشام الخولي، ٢..٦: ٦٧) إلى أن السلوكيات المؤذية للذات تمثل مشكله شائعة بين أطفال التوحد، ويشير مصطلح السلوكيات المؤذية للذات إلى السلوكيات العدوانية الموجهة نحو الطفل نفسه، ولكنها تبدأ بشكل مختلف وأيضاً تختلف من حيث المدة التي تستغرقها وطبيعتها وأكثر تكراراً، منها على سبيل المثال ضرب الرأس، العض، الخدش، جذب الشعر.. القفز، الوثب.إلخ.كما أن الطفل التوحدى يتعلم اللغة عن طريق التقليد وليس عن طريق الانتباه وبالتالي فإن التقليد بدون الانتباه المترابط يؤدى إلى العديد من الخصائص اللانمطية للغة مثل النطق المقلوب أو الببغائية ويعد قلب الضمائر من أعراض التوحد حيث لا يستطيع التمييز بين الضمائر.

كما أشار كار وكولوجينسكي (**Carr&Kologinsky 1983**) وستون

وكارو(Ston&Caro 199.) إلى أن الأطفال التوحد يفتقدون التلقائية أو العفوية في كلامهم Spontaneous Speech كما أنهم لا يتكلمون إلا إذا بدأ الطرف الأخر بالحديث ووجهه إليهم، فمن النادر أن يبدأ طفل أوتيزم في الحديث من تلقاء نفسه.

وإن نقص التعبير في طرح الأسئلة لدى أطفال التوحد يؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على تنمية المهارات الأخرى لدى هؤلاء الأطفال مثل مهارات الاتصال مع الآخرين والتواصل معهم، ويؤثر سلباً على التفاعل الاجتماعي وخصوصاً مع أفراد الأسرة وعلى رأسها الأم مما يؤدي بالطفل إلى العزلة عمن حوله.

ويتفق رتر (Rutter 1978) و شارلوب وهايمس Charlop&Haymes 1994) وكاثلين(Cathleen 2..4) على أن تقريباً نصف الأطفال المصابين بالتوحد لا يستطيعون أن يكتسبوا النطق الوظيفي وبالتالي يواجهون عجزاً وقصوراً في عملية التواصل مع الآخرين.

وتذكر سهي نصر (٢:٩٥..١) أن الأطفال التوحد يخلطون بين الضمائر أنا، أنت ويشيرون إلى أنفسهم بالضمير الثالث بدلا من أن يستخدموا الضمير (أنا)، واستنتج بعض العلماء أن هؤلاء الأطفال في الواقع لا يعكسون الضمائر ولكنهم ببساطة يرددون ما سمعوه.

ويشير عادل عبد الله (٢:٣٦..٢) إلى أن الترديد المرضي للكلام echolalia يعد أحد الأمثلة الصارخة التي تعكس بعض مشكلات التواصل بالنسبة لهؤلاء الأطفال، ويعني ذلك قيام الطفل بترديد النطق الذي يوجهه إليه أحد الأشخاص الآخرين دون أن يكون ذلك في محله المناسب أو حتى دون أن يعي معناه.

كما يؤكد كار وكولوجينسكي Carr & Kologinsky (١٩٨٣) و ستون وكارو Ston &Caro (١٩٩.) على أن أطفال التوحد يفتقدون التلقائية أو العفوية في كلامهم Spontaneous Speech كما أنهم لا يتكلمون إلا إذا بدأ الطرف الأخر بالحديث ووجهه إليهم، فمن النادر أن يبدأ طفل أوتيزم في الحديث من تلقاء نفسه.

وقد أشار كانر Kanner (١٩٤٦) وريتفو وفريمان Ritvo & Freeman

(١٩٨٥) إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد عادة ما يتكلمون بطريقة غير طبيعية من حيث نغمة الصوت من ناحية العلو والانخفاض والذي يسميه بعض الباحثين القدرة على تنغيم الصوت.

وأطفال التوحد بوجه عام يترجمون النطق ويفهمونه بطريقة حرفية، فالأوتيستيك تنتابه حالة من الخوف والرعب والفزع حينما تقول له أمه مثلاً حينما تبكي ستسقط عيناك، وقد أكد كاثلين Cathleen (٢..٥) على هذه المشكلة.

ويعتبر كانر Kanner (١٩٤٣) أول من أشار إلى مشكلة الضمائر في الأطفال التوحد، فهم يعكسون الضمائر، فالضمير "أنا" دائماً ما يغيب ويحل محله "أنت" وذلك حينما يتكلم الطفل التوحد .

ويتفق شارلوب وتراسويش Charlop&Trasowech (١٩٩١) على أن أطفال التوحد حينما يكتسبون النطق فإنهم عادة لا يستخدمون النطق بشكل تلقائي، فالنطق التلقائي هو النطق في حالة انعدام الإشارة اللفظية، والنطق التلقائي له أهمية كبرى لعدد من الأسباب منها انه وسيلة فعالة للحصول على المعلومات ومعرفة الموضوعات وجذب الانتباه، كما انه وسيلة هامة لبدء واستمرار التفاعلات الاجتماعية، فمن خلال النطق التلقائي يستطيع الفرد التحكم في بيئته المحيطة بل ويعمل على إثرائها.

ويؤكد محمد كامل (١٩٩٧:٣٩) على أن ترديد النطق هو أحد العلامات المميزة لطفل التوحد، إن ترديد النطق أو الصدى الصوتي كما يطلق عليه البعض يعد صفة معوقة لتواصل الأفراد الاوتيستك، وتظهر هذه الصفة مع بدء النطق عند الأفراد التوحد مع الأفراد الآخرين، وتظهر أكثر عند الأطفال التوحديين ذوي الكفاءة والقدرات اللغوية المنخفضة، وتظهر أيضا في المواقف التي يشعرون فيها بعد الأمان والإثارة.

وتؤكد سحر زيدان (٢..٣:٣٩) على أن الطفل الاوتيستك يعاني من نقص نوعي في الاتصال اللفظي (النطق) كما يعاني من صعوبات في الفهم والاستيعاب

لما يقال فيميلون إلى ترديد كلمات و أحيانا شبه جمل دون الوعي والإدراك لمعناها أو مدلولاتها والظروف التي تستخدم بها تلك الجملة أو الكلمة.

ويؤكد كاثلين Cathleen (٢٠٠٢:٥) على أن النطق والنطق مهارة مركبة عالية جداً، ويعاني أطفال التوحد من عجز في القدرة على النطق التلقائي والمبادرة الذاتية للسلوك اللفظي، ومن عدم القدرة على طرح السؤال، والنطق التلقائي هو النطق في حالة انعدام الإشارة اللفظية.

ويذكر رفعت محمود (٢٠٠٧:١١٣) أن أطفال التوحد يعانون من مشكلات كلامية خاصة يمكن إجمالها في النقاط التالية:

- **قلب الضمائر**: فأطفال التوحد لا يمكنهم استخدام ضمير "أنا" للإشارة إلى ذاته بل يشير إلى نفسه بالضمير الثاني "أنت" أو الضمير الثالث (هو/ هي) وذلك لأن طفل التوحد اعتاد على هذه الضمائر أو تعلم هذه الضمائر.
- ***الفهم الحرفي**: من أهم ما يميز أطفال التوحد أنهم يركزون انتباههم على المعنى الحرفي لما يقال (ماذا تعني الكلمات والعبارات) أكثر من تركيزهم على مقاصد وأغراض المتحدث.
- **النطق التلقائي**: يوصف كلام أطفال التوحد بأنه يفتقر إلى البعد الابتكاري (لا ينتج أفكاراً جديدة) حتى أطفال التوحد الأكثر قدرة توجد لديهم مشكلات خاصة بالحديث مع الآخرين وصعوبات ترتبط بالحفاظ على الحديث واستمراره مع الفرد.
- **مشكلات التنغيم**: حيث يعاني جميع الأطفال أصحاب التوحد من مشكلة أساسية هي مشكلة تنغيم الكلمات، فأفراد التوحد بوجه عام يفشلون في فهم واستخدام التنغيم كوسيلة من وسائل الاتصال، ولعل هذا يرجع إلى الرتابة التي تميز نوعية صوت أطفال التوحد.
- **الترديد لما يقوله الآخرون**: يطلق على العملية التي يردد فيها الطفل ما يسمعه (الترديد السريع لما يقوله الغير) خلال موقفين للمحادثة بينما يطلق على العملية التي يرد فيها لطفل ما يسمعه من للغير خلال عدة مواقف وبعد مرور عدة

أسابيع أو سنوات من سماعه(بالترديد المتأخر) لما يقوله الغير.

ويؤكد هشام الخولي (٢:٦٣..٧٠) على أن هناك تباين في درجة القصور في النطق واللغة، فبعض الأطفال يتأثر بشكل بسيط حيث يبدوا عليهم تأخر طفيف في النطق واللغة أو تكون لغتهم مبكرة أو لا تزال في سن النضوج ونادراً ما يكون لديهم عدد كبير من المفردات ولكن يواجهون صعوبة في استمرار الحوار ويكون من الصعب عليهم تبادل الحديث مع الآخرين.

ثانياً: صعوبات القدرات اللغوية:

يواجه أطفال التوحد صعوبات في القدرة على التواصل بصور ومستويات متباينة، وتتمثل في:

١) مرحلة ما قبل التواصل اللفظي **Preverbal Communication** الطفل العادي عندما يصل إلى العام الأول، لديه القدرة على سلوك الانتباه المزدوج **Jaint – Ottention behavior** فهو يمكنه أن يؤشر بإصبعه تجاه شيء معين بينما طفل التوحد يندر أن يكون سلوكه بهذه الكيفية.

٢) التواصل غير اللفظي **Non – Verbal Communication** الطفل العادي يتواصل بطريقة غير لفظية حيث يستخدم الإيماءات بمصاحبة الكلام أو التعبير عن انفعاله، ويصاحب ذلك تواصل بصري بينما طفل التوحد تلميحات الوجه وقسماته لا تتوافق مع نبرات الصوت، ولا تنسجم الإيماءات مع النطق.

٣) صعوبات الكلام **Difficulties in Speech** يصعب على أطفال التوحد تنمية وتطوير القدرة على الكلام وغالباً ما يعانون من خرس وظيفي، يصاحب بمشكلات تواصلية عديدة.

والقلة من أطفال التوحد، الذين يتمكنون من تنمية وتطوير القدرة على الكلام، فإن قدرتهم على الكلام تتصف بالصفات التالية:

١) المصاداة **Echolalia**: وتتمثل في ترديد الكلام المسموع من الصدى، حيث تتم مباشرة بعد سماع الكلام أو مرور بعض الوقت. والأمر عادي بالنسبة

الطفل العادي. ولهذا يجب التأكد ما إذا كانت المصاداة بالنسبة للطفل طبيعية، إذ أنها تتوقف قبل أو عند بلوغ الطفل ٣سنوات فإذا استمرت فإن الطفل يكون مصاباً بالتوحد.

٢) **اللغة المجازية phorical**: وتمثل عبارات لغوية مجازية خاصة بطفل التوحد. وهي ليست اللغة المجازية في البلاغة. ولكنها لغة يُعبر بها طفل التوحد لشيء معين، قد لا يفهمه إلا من يحيط به.

٣) **الكلمات الجديدة Neologisms**: وهي تسمية أشياء بمسميات خاصة بالطفل التوحدي، وحيث لا يعرفها إلا المحيطين به.

٤) **الاستخدام العكسي للضمائر Pronoun Reversal** وهي الصعوبة في استخدام الضمائر بشكل صحيح.

ثالثا: مكونات اللغة Systems:

يعاني أطفال التوحد من مشكلات وصعوبات في مكونات اللغة، تتمثل في:

١) **الصوتيات Phonetics:**: وهو تركيز الأصوات وعلاقتها بالقدرة على الكلام، حيث تكون نبرة الصوت عند طفل التوحد شاذة غريبة، تتصف بالرتابة، مما يصعب على الملتقي فهمها واستيعابها.

٢) **المفردات Vocabulary** (الحصيلة اللغوية)، حيث يحدث تأخر في الحصيلة اللغوية عند أطفال التوحد. وقد يعزي ذلك إلى قلة المحصول اللغوي وخاصة عند تأخر الكلام إلى سن خمس سنوات عند أطفال التوحد، وهو سن بدء الكلام لديهم. هذا وأن كان البعض يتمكن من تكوين حصيلة لغوية جيدة.

٣) **بناء الجملة النطقية Syntax** وترتيب الكلام حيث يلاحظ تأخر أطفال التوحد في اكتساب بناء الجملة النطقية، وصعوبات استخدام الضمائر والخلط بين المفردات.

٤) **دلالات الألفاظ Semantics**: والخاصة بوصف العلاقة بين الكلمات ومدلولاتها، حيث يعاني أطفال التوحد في صعوبة إدراك مدلول بعض

الكلمات المجردة أو الجمل المجازية. فمثلاً الكلمة الواحدة التي لها دلالة على شيئين مثل ورقة فقد تستخدم كورقة الكتاب أو ورقة الشجرة، يصعب على طفل التوحد فهمها.

٥) ملائمة وانسجام اللغة المستخدمة مع المواقف الاجتماعية، وتوقعات المتلقي. فمثلاً قد يعاني طفل التوحد من صعوبة في فهم ما يقصده المتحدث فيجيب إجابة بعيدة عن المقصود.

رابعاً: السلوك الاستحواذي المتكرر

Repetitive obsessional behaviour

وهو السلوك الخاص بفقد المرونة وعدم القدرة على التخيل، وخاصة خلال ممارسة اللعب، حيث يفقد أطفال التوحد الإبداع والتجديد والتخيل. كما يفتقد أطفال التوحد القدرة على التخطيط، ويتصف أسلوبهم في حل المشكلات بالجمود، ويفسر ذلك إلى وجود خلل في الفص الأمامي من المخ وهو المسئول على السلوك الاستحواذي لدى أطفال التوحد.

ويتباين أطفال التوحد في ظهور السلوك الاستحواذي، فالبعض يظهر السلوك في اللعب، عندما يصف أشياء بطريقة نمطية متكررة في أنحاء المنزل.

بينما آخرون يظهر لديهم أثناء أداء الواجب المدرسي، كأن يضع نقطة أو علاقة بعد كل كلمة يكتبها.

وبصفة عامة فإن المشكلات النفسية الخاصة بالصعوبات النمائية عند الإصابة بالتوحد، ترجع إلى التلف الذي يلحق بالمخ أو بعض أجزائه، ويعد ذلك من أهم الموضوعات التي تشغل بال الباحثين في الوقت الحاضر.

اضطرابات النطق هي خلل في طريقة نطق بعض أصوات حروف الكلمة، لعدم القدرة على إخراجها من مخارجها الصحيحة، ويبدو ذلك في صورة إضافة أصوات حروف غير موجودة في الكلام المنطوق، أو حذف صوت الحرف تماما، أو نطق صوت الحرف بطريقة مشوهة وغير مفهومة،أو إبدال صوت

الحرف بصوت حرف أخر،أو ضغط في بعض الحروف ويمكن أن توجد هذه الإشكال من اضطرابات النطق لدى الطفل، كما قد يعانى الطفل من اضطراب واحد،وهي أكثر شيوعا، بين الأطفال الصغار وتكون الغالبية العظمى منها في الحضانة والفصول الدراسية والمراكز العلاجية

أنواع اضطرابات النطق:

١) الاضطرابات الابدالية:Substitution:وهى عبارة عن إبدال حرف يجب أن يأتي بالكلمة، بحرف أخر لا لزوم له، ويشوه عملية النطق مثل: جمل-دمل، رمان-لمان. (سليمان محمد سليمان وجمال عبد الناصر: ٢٠٠٨ ص٣٢).

٢) اضطرابات تحريفية Distortion disorders: وتكون هذه الاضطرابات عندما يصدر الصوت بشكل خاطئ، والصوت الجديد لا يبتعد كثيرا عن الصوت الحقيقي الصحيح، كنطق السين مصحوب بصفير، والشين من جانب الفم واللسان.

٣) اضطرابات حذف، أو إضافة Omission or addition: وهى يحذف الطفل بعض الأحرف (أو الأصوات) التي تتضمنها الكلمة، وبالتالي ينطق الطفل جزء من الكلمة.

٤) اضطرابات الضغطPressure disorders: بعض الحروف تتطلب من الفرد أن ينطقها بشكل صحيح، أن يضغط بلسانه على أعلى سقف الحلق، مثل (الراء، اللام) ويرجع ذلك إلى اضطراب خلقي في سقف الحلق (القسم الصلب منه)، أو اضطراب في اللسان والأعصاب المحيطة به. (فيصل الزراد: ١٩٩٠،٢٢٨-٢٢٩).

ولقد ورد التوحد الأوتيزم في الدليل الرابع (DSM-IV) (١٩٩٤) ضمن الاضطـــرابات النمائية المنتشـــرة وغير المحددة وليس ضمن الاضطرابات الانفعالية والوجدانية.

وفيما يلي بعض الأعراض والخصائص المميزة الأوتيزم تبعا لهذا الدليل الرابع:

١) ضعف في التواصل بالآخرين.

٢) قصور في فهم الانفعالات وبالتالي فقد الاستجابة للآخرين.

٣) عجز في التواصل غير اللفظي لعدة القدرة على تمييز الانفعالات.

٤) قصور في الأنشطة والاهتمامات لضعف التخيل.

٥) ظهور الأعراض في عمر (٣٠) شهر أي قبل إتمام العام الثالث من عمر الطفل.

٦) عجز في التواصل اللفظي لعدم القدرة على تمييز الإشارات والأوامر اللفظية.

٧) قصور واضح في النمو اللغوي مما يقلل من التواصل اللفظي.

٨) تكرار المقاطع والكلمات (المصاداة).

٩) الخوف والفزع ومقاومة التغيير والإصرار على التكرار النمطي والروتيني.

ويضيف محمود حمودة (١٩٩١) ما لدى الطفل التوحدى من خلل كيفي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفى النشاط التخيلي في الآتي:

١) لا توجد في وسيلة تواصل مثل محاولات التواصل اللفظي أو التعبير الوجهي أو الإيماء أو التواصل الحركي.

٢) التواصل اللفظي غير الطبيعي الملحوظ كما في كثرة استخدام الحملقة بالعينين "عدم الابتسام أو النظر للآخرين" ولا يعرف التقاليد كالاحترام والترحيب.

٣) غياب النشاط التخيلي وأيضا اللعب الاجتماعي والشخصيات الخيالية والروايات والقصص الخيالية.

٤) يظهر شذوذ ملحوظ في طريقة النطق مثل ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع وأحيانا النطق على وتيرة واحدة.

٥) يظهر شذوذ في شكل ومحتوى النطق وتشمل النطق بصورة آلية مكررة مثل الترديد المباشر لكلام أو التكرار الآلي واستخدام الكلمات في غير مواطنها من الجمل وأخطاء في استخدام الضمائر.

٦) عجز في القدرة على بدء محادثة مع أخر أو استمرارها برغم وجود الظروف المناسبة للحديث.

ويعتبر قصور أو توقف أو اضطراب النمو اللغوي من أهم الأعراض المميزة لحالات إعاقة التوحد والمعايير المهمة في تشخيصها. وهنا لابد من التأكيد على أن عدم استخدام اللغة ليس راجعاً إلى عدم رغبة الطفل في النطق، أو إلى أن الدافعية تنقصه، ولكنه يرجع إلى قصور أو خلل وظيفي في المراكز العصبية بالمخ المسئولة عن اللغة والنطق والتعامل مع الرموز، والواقعة على النصف الكروي الأيسر من المخ، ويؤكد هذا التفسير أنه عندما يؤدى التدريب المبكر للطفل المصاب إلى تكوين حصيلة من بعض الكلمات فإنه يتعثر في تكوين الجمل ووضع الكلمات في مكانها الصحيح، أو الاستدعاء من الذاكرة لمعاني الرموز في معظم ما يسمعه من النطق الموجه إليه، كما يعجز المخ عن إرسال الإجابة من مراكز اللغة والنطق على قشرة المخ إلى مركز الحركة الواقع أيضا على قشرة المخ الذي يقوم بدوره بإرسال الإشارات العصبية بالتسلسل والترتيب الصحيح إلى عضلات أعضاء النطق في الصدر والحنجرة والفم لينطق بها الطفل صحيحة مفهومة وبالتالي يضطرب النطق ولا يستطيع من يحادثه أن يفهم ما يقصده أو يريد أن يعبر عنه طفل التوحد. ويزيد الموقف تعقيدا افتقاد هذا الطفل المهارات الاجتماعية الأساسية للتفاعل والنمو الاجتماعي والقدرة على التواصل وتكوين العلاقات والخروج من العالم المغلق الذي يعيش فيه الفرد المصاب بالتوحد بسكر الحلقة المفرغة التي تربط القصور اللغوي والتواصل بالنمو الاجتماعي والتفاعل مع الآخرين.

وقد لمست بنفسي في حالة محمود الذي يبلغ من العمر ثماني سنوات، ومعظم ما سبق ذكره على حالة التوحد وخاصة النطق واللغة حيث اتصف حديثه بالنمطية والتكرار لبعض الحروف أو المقاطع مثل قوله (بدجى بدجى بدجى) لا يمل من تكرارها و أكثر من خمسة أشهر أقوم بتعديل نطقه، و لم أنجح في سوى ست كلمات فقط معه وهى (تيته – هيه – بطة – آية –مم _ لا – أه).

وفى كثير من حالات التوحد، يبدأ ظهور مؤشرات هذا القصور أو الاضطراب في النمو اللغوي مبكرا في حياة الطفل، وربما في الأشهر الثلاثة الأولي حيث يلاحظ الهدوء غير الطبيعي وغياب المناغاة المعتادة عند الطفل السليم

في هذه الفترة، وفي قله أو توقف الأصوات التي يصدرها **bubbling** وفي مناسبتها للموقف ومعانيها بالنسبة إلى ما يطلبه أو يريده من أمه، فهي غالباً عشوائية عديمة المعني لا تستهدف أي نوع من التواصل، بعكس الطفل السليم الذي يكتسب مبكراً مهارات تفهم التواصل استقبالاً أو تعبير حتى قبل أن يتكلم أو يكتسب حصيلة لغوية ولو بسيطة.

وقد ينطق طفل التوحد كلمة معينة، ولكنه يعجز عن استعمالها أو نطقها ثانية ولكنها قد يعود وينطقها بعد يوم أو أسبوع حتى بعد سنة كاملة ومن أهم مظاهر اضطراب اللغة عندما يوجه إليه سؤال مثل: " أنت عايز تشرب؟ أنا أقوم بتمثيل حركة الشرب الحقيقي، وأشرب أولا، ثم أعطيه الماء مع تكرار صوت اشرب ماء، فإن إجابته تكون مجرد إعادة ترديد السؤال أو الكلمة الأخيرة منه دون أية إجابة، وهو ما نسيمه ظاهرة رجع الصدى **Echolalia** كما يخلط بين الضمائر (أنا – أنت – هو – هي) وقد يجب على السؤال ليس بعد توجيهه إليه، بل ربما يعيد ترديده بعد فترة زمنية قد تطول أو تقصر، وقد يتفوه الطفل بسؤال مثل محمود "أنت تحب تلعب بالكورة" موجها كلامه إلى أبيه أو إلى طفل أخر، بينما هو يقصد أن يقول إنه هو ذاته "يحب يلعب بالكورة" هذا فضلا عن انه لا يدرك أن نطق كلمات الجملة ليس وحده الذي ينقل المعني إلى المستمع ولكن كيفية النطق والتنغيم **Tone** في النطق يمكن أن يضيف معاني أخرى إلى الكلمات والجمل كما ينطبق هذا أيضا على نوعية ولختلاف الصوت الذي تنطق به.

هذا وتقدر نسبة أطفال التوحد الذين يعانون من تعذر استخدام اللغة كلية في التخاطب والتواصل حتى لو تقدم بهم العمر والتدريب بحوالي ٥٠% بينما البعض يمكن أني يستوعب حصيلة لغوية مناسبة، بل يستمتع باستعمالها وكذلك الأرقام والعمليات الحسابية كما يتمتع البعض – ذو الذكاء المرتفع – بالقدرة على ذلك وعلى القراءة قبل إتمام العام الخامس من عمرهم **Hyperlaxite** وبدرجة إتقان عالية ولكنهم قله، وغالباً لا يدركون معاني ما يقرأون.

وتحدد آمال باظة (٢٠٠٣) علاج اضطرابات التواصل لدى الطفل التوحدى فيما يلي:

١) العمل على تنمية الوعي بذواتهم وبعلاقتهم بالآخرين.
٢) محاولة إقامة نظام الدمج وتطبيقه مع العاديين لهؤلاء الأطفال ليكتسبوا ولو ببطء اللغة والمعايير الاجتماعية من أقرانهم الأسوياء.
٣) التركيز على الأنشطة المفضلة لهم مع إجراء بعض التعديلات عليها بالتدريج حيث تأخذ الأنشطة لديهم النمط الثابت المتكرر.
٤) التركيز على المهارات التي توجد لديهم وتنميتها.
٥) تنمية الاتجاه الإيجابي نحوهم من قبل الآباء والأمهات والمشرفين والمحيطين بهم.
٦) عدم التركيز على نمط ثابت لتدريبهم أو تعليمهم.
٧) إثارة اهتماماتهم بالبيئة ومكوناتها.
٨) التدريب على التقليد والمحاكاة.
٩) التدريب على تقبل التغير البيئي من حوله.
١٠) التدريب على التخاطب باستخدام الكمبيوتر والتسجيل الصوتي وجذب انتباههم بطرق غير تقليدية.
١١) التربية لحسية وتنمية عمل الحواس باستخدام الخامات القابلة للتشكيل وغير الضارة وخصوصاً حاسة الحس والشم.
١٢) تحول النظرة المستقبلية للإيجابية ممن يحيطون بالطفل.
١٣) زيادة التواصل بإلحاح من جانب الكبار مع هؤلاء الأطفال بكل صورة اللفظية والوجدانية الإشارية.

ومن الأنماط العلاجية والفنيات الشائعة التي تم استخدامها مع الأطفال التوحديين ما يلي:

أ- العلاج السلوكي ونظام التعزيز والمكافأة المادية والمعنوية.
ب- الإرشاد النفسي لأسر الأطفال التوحديين لتنمية المهارات اللغوية والاجتماعية

أو لتخفيف حدة العجز والقصور فيها.

ج- العلاج بالحمية اليومية **Dialy life therapy**

د- العلاج البيئي **Environmental therapy**

وتهدف الفنيات العلاجية مع الطفل الأوتيزم إلى:

١) معاونة الوالدين في تعلم طرق التواصل مع الطفل والإسهام في علاجه خلال وجودهم معه في المنزل.

٢) دفع الطفل إلى اكتساب مزيد من المهارات اللغوية والاجتماعية في محاولة لتعديل سلوكه.

٣) إخراج الطفل التوحدي مع التقوقع الذاتي والانغماس في العالم الخارجي باستخدام بعض الفنيات والأنشطة التي تؤدى إلى كسر حاجز العزلة.

ثانيا: برنامج عملي للتواصل عبر الصور للأطفال التوحديين (الأويتزم)
Picture Exchange Communication System (PECS)

برنامج أو "نظام" التواصل بتبادل الصور ويعرف اختصارا بـ **(PECS)** وهو برنامج أمريكي لتطوير طريقة التواصل مع الأطفالَ الأويتزم في مرحلة ما قبل المدرسة قبل القراءة والكتابة أو الأطفال الذين لديهم صعوبات في نمو التواصل الاجتماعي.

اعد هذا البرنامج ليطبق على الأطفال الذين لا يستطيعون التعبير مطلقاً، وهؤلاء الأطفال في سن ١٨ شهراً فقط، وبعد التعديل أصبح يمكن تطبيقه على جميع الأفراد في جميع الأعمار لتنمية التواصل لديهم، وخاصة الأطفال التوحديين والذين يعانون ما يعرف بالمصاداة (ترديد النطق) **(Echolalia)**.

وجد الأخصائيون أن طريقة تعليم النطق والنطق خاصة مع هؤلاء الأطفال تستغرق شهور حسب حالة الطفل وخلال هذه الفترة لا يستخدم الطفل طريقة للتعبير عن رغباته، ومن هنا أعد هذا البرنامج ليستخدم كطريقة مساعدة

للتواصل أو تعبير الطفل عن رغباته وذلك من خلال تدريبه على النطق والنطق في نفس الوقت فسرعان ما تدعم الصور النطق أثناء التدريب في التخاطب وتدريجي يقل استخدام الصورة ويحل محلها الكلمات والجمل، حيث أن استخدام الصور في التعبير يسهل على الطفل اختيار الكلمات والجمل، حيث أن استخدام الصور في التعبير يسهل على الطفل اختيار الكلمات المناسبة في الجمل، كما يسهل عليه معرفة وترتيب كلمات الجملة طبقا للقواعد اللغوية.

✍ماذا يتعلم الطفل في نظام PECS:

يتعلم الطفل في هذا النظام أن يتعرف على صورة الشئ الذي يرغبه ويأخذها ويقوم بإعطائها للمدرسة أو الأم أو الأب في مقابل أن يأخذ هذا الشئ الحقيقي في يده،وعندما يقوم الطفل بفعل ذلك فإنه يبدأ في تطوير الاتصال بالآخرين من خلال تعدد الصور، وتعدد الناتج المادي الملموس (الشئ الذي حصل عليه في مقابل الصور) مع ملاحظة أن الطفل الأوتيزم لا يميل إلى المكافآت المعنوية (المدح – التقبيل)، كما أنه يميل لأن يرى ناتج مادي بين يديه وليس مادي فقط بل من الأحسن أن يكون ماديا محسوس فمن الأفضل أن تكون مادة التدريب (الصور) أو المعززات تكون من المأكولات والمشروبات أولا ثم اللعب ثم الأشياء المحيطة.

لذلك فإن نظام الـ PECS يأتي بنتيجة سريعة مع الطفل التوحدى لأنه يحصل على شئ مادي أو ملموس وسريع في مقابل الصور.

ويجب أن نأخذ في الاعتبار أولاً فنيات التعليم السلوكي قبل البدء في التدريب على منهج أل PECS بمعني أنه يجب تدريب الطفل مثلا على تقبل المساعدة البد نية كالأخذ بيد الطفل إلى مكان الصورة ومساعدته حتى يعطيها للمدرب، وبعد ذلك نحاول تقليل المساعدة شيئا فشيئا حتى يقوم بالعمل بمفرده.

مراحـل البرنـامج:

ويتكون برنـامج (نظام) الـ PECS من ستة مراحل هي كما يلي:

المرحلة الأولي: التبادل الحركي The physical exchange :

الهدف في هذه المرحلة أن يلفظ الطفل الصورة المرغوب فيها ويتجه نحو المدرس ويضعها في يده.

نبدأ هذه المرحلة بتقييم المعززات بالنسبة للطفل Reinforcer assessment لكي يكون المدرب على وعي مسبق بالأشياء المفضلة جداً لدى الطفل ويتم بهذه الطريقة:

وضع العديد من المعززات (الأشياء المفضلة) أمام الطفل مثل (بطاطس- بونبون – بيبسي) ونلاحظ أي الأشياء يحاول الطفل الحصول عليها عدة مرات ولكن نتأكد أن هذا الشئ مفضل عن غيره يجب أن يختاره الطفل ضمن الأشياء على الأقل ثلاث مرات متتالية مع تغيير مكانة ضمن المعززات الأخرى في كل مرة.

وضع جدول لترتيب الأشياء المفضلة عند الطفل من مأكولات – لعب – أدوات يتم تصنيف الأشياء في درجات مفضلة جداً / مفضلة فقط / غير مفضلة.

✍ مشاكل هذه المرحلة:

١) في هذه المرحلة الأولي نواجه عدم اهتمام الطفل بأي شئ وهنا يجب البحث عدة مرات وتنوع الأدوات والأشياء والاستعانة بالمدرسين والآباء لمعرفة ما هي الأشياء المفضلة له أو يمكنها جذب انتباهه.

٢) أحيانا يختار الطفل كل شئ مثلا (كل الحلويات) هنا يتم عرض الأشياء على مسافات متباعدة.

٣) أحيانا يختار الطفل نفس الشئ دائما فهنا نستبعد هذا الشئ ويتم تقييم الأشياء الأخرى .

✍ كيف يتم التدريب:

١) يتم التدريب بوجود اثنين من المدرسين مع الطفل أحداهما يجلس وراء الطفل لمساعدته والأخر أمامه ونضع صورة الشئ المرغوب فيه أمام الطفل كما نضع الشئ نفسه في مكان قريب يستطيع الطفل رؤيته ويستطيع الوصول إليه.

٢) يقوم المدرس الذي خلف الطفل بمساعدة الطفل في التقاط الصورة ويضعها في يده المدرس الأخر والذي يقوم بتدعيم الطفل لفظيا (آه.. أنت عايز بونبون) ثم يعطي البونبون وأحيانا يحتاج الطفل أن يقوم المدرس الذي أمام بجذب انتباهه بأن ينادى اسمه أو يأتي ببعض الألفاظ أو الخبط الخفيف على الترابيزة لجذب انتباهه.

المرحلة الثانية: التلقائية في الأداء Expanding Spontaneity:

الهدف:

١) يتجه الطفل إلى اللوحة المعلم عليه الصور ويخلع الصورة منها ثم يتجه إلى المدرس ويسلمه الصورة في يده.

٢) نضع أحد الصور لشئ مفضل على لوحة يسهل انتزاع الصورة منها أو أعادتها لها وذلك باستخدام (الفيلكرو) لاصق أحذية الكوتشي.

٣) تعليم الطفل سحب الصورة، يتم في هذه المرحلة المساعدة البد نية لتعليم الطفل أن يذهب للوحة الصور ويسحب بيده الصورة ثم يعود ليعطيها للمدرس.

٤) لا يجوز أن تقول (لا) بل نعطي الطفل الصورة الصحيحة التي يرى أنها المرغوب فيها ثم إعطاءه الشئ المرغوب فيه فور إعطاءه الصورة.

٥) تعليم الطفل أن يذهب للمدرب لطلب الشئ: نقوم بتوسيع المسافة بين الطفل والمدرب تدريجياً وفى هذه المرحلة تكون الصورة أو اللوحة المعلقة دائما قريبا من الطفل أو المدرب يبتعد تدريجياً.

٦) وفى خطوة أخرى نقوم بزيادة المسافة بين الطفل والصورة تدريجياً يتعلم الطفل البحث عن الصورة وإحضارها من أي مكان والذهاب بما للمدرس في أي مكان.

✍ **شكل كتالوج الصور:**

١) نستخدم صورة واحدة على الغلاف ونقوم بوضع باقي الصور فى الداخل.

٢) نضيف الصور على أن تكون مرتبطة ببعضها كصور خاصة بالمأكولات –

بالمدرسة – بالمنزل – بالسوبر ماركت – بالنادي.

٣) نضعها في الكتالوج مصنفة حتى يسهل على الطفل التعرف على الصورة التى يحتاجها ضمن الفئة الخاصة بها.

٤) يجب على المدرس أن يعرف أن من أهم مهامه إعادة الصور إلى أماكنها ولا يطلب من الطفل أن يعيدها في هذه المراحل الأولية للتدريب ولكنه يستطيع أن يتعلم الطفل أن يكون مسئول عن كتابة (الكتالوج) الخاصة به فيقول له مثلا (ضع كتابك بجانبك).

المرحلة الثالثة: التمييز بين الصور Picture Discrimination:

الهدف: هنا أن يدرب الطفل على الذهاب إلى لوحة الصور ويختار صورة مناسبة من بين عدة صور ثم يذهب ويعطيها للمدرس.

يجلس الطفل والمدرب على منضدة يواجه كل منهما الآخر حيث يكون لديهم صور عديدة لأشياء مرغوب فيها وأشياء غير مرغوب فيها أو غير مفضلة.

✍ التمييز بين الشئ المرغوب والغير مرغوب فيه:

في هذه المرحلة نقوم بترتيب موقف معين بحيث نتأكد من حاجة الطفل لشئ معين الآن ونقوم بتقديم لوحة الصور في صورتين أحداهما المرغوب فيها والأخرى لشئ غير مرغوب فيه فإذا قام الطفل باختيار الشئ المرغوب فيه فيجبُ على المدرس أن يمدحه بسرعة (ويعطيه الشئ المرغوب فيه) أما إذا اختار الطفل الشئ الغير مرغوب فيه يقوم المدرب بإعطائه له دون تعليق لفظي وإذا استمر الطفل في الاختيار الخطأ فإن ذلك يتطلب تدريب مكثف لتنمية قدرته على التمييز.

✍ التمييز بين عدة أشياء مرغوب فيها:

١) نقوم بتقديم شيئين مرغوب فيهما في صينية مثلا (شيبسي – شكولاته).

٢) تقديم لوحة الصور صورتين وعندما يختار الطفل الصورة نشير له على الشئ الذي يأخذه فإذا أخذ الشئ المقصود نقوك بتدعيمه ومدحه. وإذا أخذ الشئ

المخالف للصورة نقول له (أنت طلبت كذا ونعطيه الشئ الموجود في الصورة) فإذا رفض نشير إلى الشئ الآخر ونقول (إذ كنت تريد هذا ...) ونأخذ بيده إلى صورته لكي يسحبها ويعطيها لنا.

ولكي نتأكد من التمييز أيضا نضع شئ واحد في الصينية ونحضر اللوحة عليها الصورتين فإذا أعطاك الصورة الصحيحة نقوم بتدعيمه وإعطاءه الشئ وإذا أعطي الصورة الخاطئة نقول له (أنا عندي كذا ونأخذ يده لصورة الشئ). عند زيادة عدد الصور يجب استخدام صور صغيرة الحجم مع ملاحظة أن نحاول استخدام كلمة "لا".

المرحلة الرابعة: بناء الجملة Sentence Structure:

الهدف: في هذه المرحلة أن يطلب الطفل أشياء موجودة وأشياء غير موجودة مستخدما جملة متعددة الكلمات.

١) يذهب إلى الكتالوج ويختار الصورة المعبرة عن (أنا أريد) ثم وضعها على الشريط.

٢) يختار الصورة للشئ الذي يرغب فيه ويضعها بجانب هذه العبارة على الشريط.

٣) يقوم الطفل بإعطاء الشريط إلى المدرس وفى نهاية هذه المرحلة يكون لدى الطفل من ٢٠-٥٠ صورة من خلال التواجد مع عدد كبير من المدربين.

ويجب مساعدة الطفل في البداية كأي تدريب وعندما يضع الطفل الصورة المعبرة عن (أنا عايز) ثم بجوارها الصورة المطلوبة ويعطيها للمدرب، ويجب على المدرب أن يردد له أنت عاوز تقول (أنا عايز بازل مثلا) ويعطيه البازل، ثم يعيد المدرس مرة أخرى الصورة إلى مكانها.

المرحلة الخامسة: الاستجابة للسؤال ماذا تريد
Responding to what do you want?

١) يحتاج الطفل بعض المساعدة من المدرب حتى يتعود على الذهاب للوحة التي بها الصور أو إحضار الكتالوج عندما يسمع السؤال ماذا تريد؟

٢) يذهب المدرب مع الطفل إلى لوحة الصور ويشير بيده إلى كارت.(أنا عايز) ويردد في نفس الوقت (أنت عايز أية؟) ويعطي الطفل الفرصة في نزع صورة عبارة (أنا عايز كدة) وإعطائها للمدرب.

٣) وفى خطوة تالية يسأل المدرب الطفل (أنت عايز أية؟) دون الإشارة إلى الصور تأجيل الإشارة لعطاء الطفل فرصة التصرف التلقائي دون مساعدة.

٤) وأخيراً عندما نتأكد أن الطفل لا يحتاج لأي مساعدة نسأله (أنت عايز أية؟) ونتركه للذهاب للشريط وإحضاره للمدرس.

المرحلة السادسة: التعميم والاستجابة التلقائية
Responsive Spontaneous

في هذه المرحلة يستجيب الطفل للعديد من الأسئلة المختلفة مثل:

ماذا تريد؟

ماذا ترى؟

ماذا تفعل؟... وهكذا...

نستخدم في هذه المرحلة كروت أو صور معبرة عن (أنا أريد – أنا أرى- أنا أفعل – أنا عندي) ونضع مع ذلك صور أخرى.

نضع صورة (أنا شايف) على اللوحة ونقوم بسؤال الطفل (أنت شايف أية؟) وإذا لم يلفظ الطفل صورة أنا أرى ويضعها على شريط الفليكور، فإن المدرس يقدم المساعدة ويأخذ يد الطفل ويضعها على كارت (أنا شايف) ثم يلصقها على الشريط ثم نضع صورة الشئ الذي يراه ونضعها ويقول المدرب (نعم أنا شايف كدة) ثم يدعم الطفل بعد ذلك.

وتعتبر هذه المرحلة من أصعب المراحل وتتطلب صبراً من المدرس لأنه سيستخدم عبارات طويلة ويجب استخدام الأشياء المألوفة للطفل في هذه المرحلة. وبهذه الطريقة يستطيع المدرب إدخال العديد من المفاهيم اللغوية كالأسئلة والأجوبة والصفات واستخدامها من خلال الصور.

المواد المستخدمة في البرنامج: وتشمل:

١) أشياء ملموسة طبيعية.
٢) نماذج مجسمة.
٣) صور فوتوغرافية.
٤) رسامات.
٥) اسطوانات.
٦) بالونات.
٧) سائل النعناع.
٨) خافض للسان.

ثالثا: طريقة SMILE للتعليم الطفل التوحدي اللغة:

(تقديم وطباعة بتصرف) الأستاذ: بلال عودة مدرس ومشرف التربية الخاصة بجامعة مؤتة. تم تصميم هذا الأسلوب من قبل (Enid,w.1999) بهدف تنمية مكونات اللغة للطفل التوحدي وهذا المنهاج لا يحتاج لتكاليف باهظة الثمن ويمكن تطبيقية من قبل الآباء والمشرفون بشكل جماعي.

الفئة المستهدفة:

يقدم هذا البرنامج للأطفال التوحديين ممن تنطبق عليهم الشروط التالية:

١) عمرهم من (٨-١٢) سنة
٢) مستوى ذكاء الطفل لايقل عن (٥. – ٧٥)
٣) نسبة توحد متوسطة.

ويحتوي على خمس وحدات أساسية لتدريس المكون اللغوي وهي :-

الوحدة الأولى (جذب الانتباه والتقليد)

الهدف من هذه الوحدة :

تعميم السلوك الانتباهي للطفل التوحدي في كل موقف تعليمي.

خطوات الوحدة الأولى :

١) بداية نبدأ بتدريبات لجذب الانتباه وتستمر إلى تدريس الأصوات المفردة والحروف ثم تركيبات الحروف المتحركة و الثابتة.

٢) لابد من تعليم مهارات التلقي والانتباه من خلال أنشطة تقودهم إليها المعلمة.

أولا : تدريبات لجذب انتباه :

١) يجلس الطفل على كرسي في مواجهة المعلمة أو المعلم.

٢) قم بالنداء عليه باسمه مثلا يا محمود أقبل بسرعة أو نادى عليه مباشرة دون ألقاب مثل تعال يا محمود.

٣) يأتي الطفل ويقف في الطابور أمام المعلمة أو المعلم .

٤) إعطاء أوامر بسيطة وإن لم يقم بالسلوك نقدم إليه مساعدة جسدية لمساعدته على القيام به، مثال ذلك: محمود هات أيديك أنا جمال أستاذك أنا صديقك، ناولني إياها أمشى بجانبي.

الوحدة الثانية

تتعلق هذه الوحدة بقول وكتابة ٥. اسما عندما يرى الطفل صورة أو أشياء تشير إليها هذه الأسماء وهنا أود أن أقدم صورة حية لهذه الحالات، أثناء جلسات التخاطب وتعديل السلوك مع حالات التوحد، وهذه الحالات تأتى بالنتائج بعد ذلك في صورة كم من الكلمات المخزنة في عقل الطفل الباطن بل يصل الأمر بالطفل أن يتحدث مع نفسه بكلمات مسموعة أثناء نومه بالليل. وكنت أعرض الصورة مقترنة بالصوت مثال ذلك صورة خروف أسمعه صوت الخروف وأبنى حوارا مع

الخروف وأطلب من الحالة تقليد الصوت مع سماع الصوت أكثر من مرة.. وهكذا أتناول لعبة الكروت المصورة لكي اكسب الطفل جميع جوانب اللغوية التي حرم منها، ومع التكرر والتعزيز الإيجابي كانت النتائج مبهرة، وتغطي هذه الوحدة دمج الأصوات لتكوين الأسماء وربط المعاني بالأسماء التي ترى أو تسمع وتشمل أيضا كتابة تمرينات السرعة والأسماء اسم الأب والأم والأخوان والجد والجدة والعم والخال والخالة والعمة وأولاد العم والأصدقاء غير ذلك.

الوحدة الثالثة

تختص هذه الوحدة بتعليم الأفعال والأرقام والألوان وعملية الجمع.

الوحدة الرابعة

وهي لتعليم الجمل البسيطة مثل:

أنا أرى...... هذا......... أنا أريد.

كنت أحضر كوبا من الماء وأقول أنا اشرب ميه يا محمود، تريد شرب الماء مع، تحب الماء، تشرب ميه، ميه حلوه، ميه باردة، اشرب ميه يا محمود وهكذا حتى اقرن الأداء بالفعل والممارسة ومنه يدرك الطفل أهمية الممارسة في حياته حيث أنه يستخدم لغة الجسد والإشارة لتنفيذ رغباته ويقوم بشد والدته أو المعلم أو الأخصائي نحو الشيء الذي يريده وأنا كنت أطلب دائما من المقربين للطفل عدم الاستجابة له إلا بعد إصدار الأصوات مهما صرخ وأحدث فوضى أو أصدر عدوانا تجاه النفس بالعض على يده أو ضرب قدمه في الأرض وقد لمست بنفسي مدى قوة ضربه على الأرض حيث كان سقف البيت يهتز من شدة الركل عليه.

ويتم تعليم الأسئلة فوراً بعد تعليم كل جملة وذلك للتشجيع على الاستماع والمهارات المعتمدة على الدور.

ويتم تقديم ضمير الملكية (لي) وذلك بالسؤال عن صور الآباء والأخوة وممتلكات الطفل الشخصية.

مثال ذلك عرض لعبة محببة له وكانت اللعبة متمثلة في تعلقه بالقلم وجلسة تعديل السلوك تسير على هذا النحو.

محمود محمود انتبه هذا آية، ما هذا، أنه قلمي أنا (بتاعى أنا)أنه قلم لكتب به، في هذا الموقف يثار محمود ويصدر غضبا ويريد أن يأخذ القلم بقوة وعنف وأقوم بتكرار عرض القلم أمامه عدة مرات ثم أحضر قلم أخر لا يكتب وأعطيه لمحمود ويأخذه ويكتشف أنه قلم مزيف، ثم يرميه من يده وينظر تجاه القلم الذي يكتب ويحاول أن يمسكه بقوة ويقوم بشخبطه وكتاباته عبارة عن خطوط مبهمة حتى يمل ثم يضعه بين فكيه ويكسره أو يأكله وكم من الأقلام قد أكلت أو كسرت أو أهلكت أو رميت في الشارع.

ويتم تعليم حروف الجر بدءا (في، على، تحت) وفور تعلمهم تلك الحروف ننتقل لـــ (أين....؟

مثال ذلك: أحضر حوض به ماء ثم أحضر سمكة ثم أطلب من الحالة أن يجيب على سؤالي أين السمكة؟ ثم أشر إلى الماء، ثم أدر المسجل وأسمعه السمكة في الماء أنها يا محمود في الماء (التكرر المستهدفة يعمل على إكساب الطفل الحرف المستهدف بسرعة).

الوحدة الخامسة

وتختص (بالقصص الوصفية) وتقدم هذه الوحدة القصص الوصفية وتبدأ بالقصص عن الحيوانات وفي البداية تحتوي هذه القصص على جمل لأتزيد عن أربعة جمل ومطلوب معرفة هذه القصص عن ظهر قلب بما في ذلك قراءتها وكتابتها وتدرس الضمائر من (هي، هو، هم) عند تدريس أوصاف الناس.

فالقصص الاجتماعية من الاستراتيجيات الفعالة في تحسين سلوكيات أطفال الأوتيزم الاجتماعية مع الآخرين، حيث تستمد هذه القصص من المواقف التي يعيشها طفل الأوتيزم في بيئته، وتتضمن ردود الفعل الاجتماعية المناسبة له التي تلعب دوراً هاماً في جذ انتباهه، حيث إنها تساعد بدرجة أو بأخرى على تكيف الطفل وتوافقه مع البيئة الاجتماعية المحيطة به. (Sansui & Powell, 2..6)

فالقصص الاجتماعية حينما يتم تصميمها لأطفال الأوتيزم بطريقة جيدة

فهي تعزز من فرص التفاعل الاجتماعي وتقليل المشكلات السلوكية وبناء كفاءات جديدة من الممكن أن تؤدى إلى تأثير إيجابي في تحسين جودة حياة هؤلاء الأفراد (Dunlap, & Koegel, 1999

وأود أن أشير أنه من جلسات تعديل السلوك التي تستخدم مع حالات التوحد أن بعضهم لاستجيب منذ الوهلة الأولى للمعالج ويتوافق معه، ويحدث نفورا وتباعد بينها، بل يكون عدوانيا معه لمدة تقارب الشهرين، ولقد لمست بنفسي ذلك حيث كان السلوك المخرب والاعتداء كالقيام بالسلوكيات غير السوية هم الأساس عند أطفال التوحد، وكانت بعض الحالات لا تستجيب للقصص أو تنصت أو تلقى نظره بطرف العين للحاسوب وإنما كانت النظرات مثل العبرات مبهمة أو مستهدفة. ولكن التغير الذي حدث أن بعض الحالات عند ما تقول لهم هات ودنك أي (أذنك أوشوش لك فيها كانوا بالفعل يعطوا أذناهم لنا وتجلس الأخصائية تتحدث معه في أذونه لمدة دقيقة أو اثنين).

إن هذا التغير دليل على أن الطفل التوحدي من الممكن أن يستجيب للقصص عبر الهمس له في أذنه وقمت بتطبيق هذه الفنية العلاجية وتم خفض معظم مظاهر السلوك العدائى تجاه المعالج وكان الطفل يصدر سلوك إيجابيا ونحس بالسرور والبهجة على تعبيرات وجهه، ثم تطور أدائه وبدأ ينظر للحاسوب أكثر من ثلاث دقائق وبدأ يزيد والتعلق بسرد القصص عبر مشاهدته للتلفاز .

ويشير هشام الخولي (٢..٨) إلى أسلوب نمذجة الفيديو التعليمية كأحد الاستراتيجيات التي صممت خصيصاً لأطفال الأوتيزم لمساعدتهم في تعزيز استقلاليتهم. حيث تعتمد في جوهرها على التعلم بالملاحظة أو النمذجة حيث يعنى ملاحظة سلوك نموذج ما الذي قدمه باندورا **Bandura** ذلك أن العلم من خلال ملاحظة وتقليد الآخرين يمكن أن يؤدى إلى الاكتساب الطبيعي للسلوك والاكتساب المخطط للمهارات، الملاحظة المقننة أو الموجهة، ويعد التعلم بالملاحظة مكون تعليمي فعال في اكتساب اللغة المبكرة، مهارات اللعب المناسبة، نمو المهارة الحركية، مهارات مساعدة الذات، والكلمات المفردة...إلخ.

ولقد طلبت من الجلسية التي تجلس معه أن تلعب معه: مثل لعبة شد الحبل واكتشفنا أن عضلاته ضعيفة جدا مقارنة بمن في مثل سنه ثم بدأنا أن نشرك أخوانة في البيت وخاصة أثناء اللعب وكان اللعب بمثابة علاج سلوكي ناجح معه وبالذات تطور اللغة لديه.

الأنشطة التي يقدم من خلالها البرنامج:

أولاً: أنشطة حركية:

من مثل (القفز/ الوثب/ لمس أصابع القدمين/ حركات الرجلين والأذرع/ الرمي/ المسك....).

وجدير بالذكر أثناء جالسات تعديل السلوك في الغرفة التي كنت أمارس فيها الجلسة كان يوجد كنبه كبيرة ومن كثرة القفز والوثب عليها من قبل محمود نزلت السوسة الحديد وكان محمود لا يتعب ولا يمل من كثرة القفز والوثب بل كان يطلب منا أن نمسك يده وينط عليها أكثر مما تتخيلون، آه لو لم يتم تنفيذ طلبه بالنط والقفز والوثب على الكنبة يرتمي على الأرض وقفز قفزة واحدة مكررها أكثر من مرة محدثا صوتا أشبه بالانفجار كأنه زلزال مدمر للبيت ولكي أعدل وأستفيد من حركته الزائدة أحضرت له مدرب كرة والهدف العام أن استفيد من هذه الحرة وتنظيمها في بناء عضلات جسمه وتوظيفها التوظيف الصحيح وكذلك القفز والوثب في عد الأعداد وتنمية التآزر البصري والمكاني في رمى الكرات فى مكانها الصحيح.

ومن ناحية لمس أصابع القدمين أو لمس الجلد واليد كان يقوم بشم اليد أوشم شعر اليد أو الرأس ولكي نعالج مثل هذا التصرف نقرن الأداء بالفعل، نقول له مثلا هذا شعري، هذه يدي، هذه أصابع قدمك يا محمود وهكذا ...ثم أحضر زجاجة عطر وأقوم برش العطر عليه وأسجل استجاباته وأداته بعد ذلك .

ومن أهداف الأنشطة الحركية:

١) تساعد على نمو الانتباه والتركيز لهم. وخاصة أثناء عرض المثير أمام عينه

٢) تساعد على نمو مهارة التقليد. وخاصة عند سماعه أصوات السيارات والحيوانات وحركات الشفاه.

٣) تساعد في تنمية المدركات العقلية للطفل التوحدي والتي من خلال تنميتها تنمي مهارات الاتصال اللغوي مثل (الفهم/ الربط/ التسمية/ الألوان).
٤) تساعد في تفريغ الطاقة الكامنة لدى الأطفال التوحديين وذلك من خلال تواجد المعالج الوظيفي أو مدرب الكرة.
٥) تساعد في دمج الطفل اجتماعيا وخاصة ونحن خارج المنزل حيث طلبت من الجليسة الخروج معه للنوادي والحدائق لكي يشاهد ويكتسب حرم منه وهو محبوس في البيت.
٦) تنمي السلوكيات الايجابية مثل (التعاون/ احترام الطابور/ الاستئذان)، وخاصة عندما يشاهد سلوكيات جديدة لم يألفها من قبل وبالذات عندما نعطيه شيء ونقول له هات هذا الشيء والفعل نجد منهم من يصدر استجابات جيدة وصحيحة وممتازة في الأداء الحركي القائم على التعاون، فالطفل في أمس الحاجة لتفريغ الطاقة لديه وهى طاقة معطلة ونحن لمسنا ذلك وخاصة أثناء الرحلات في النوادي والحدائق فكم من تصرف جميل صدر منه أعجب الناس به بل كانت المشاركة منه في اللعب الحر ويتبادلون النكت والضحك .

ثانيا : أنشطة ذهنية :

. تهدف هذه الأنشطة لتنمية الكثير من المفاهيم المختلفة والتي من خلالها يتم الاتصال اللغوي مع الآخرين.

ومن أهداف الأنشطة الذهنية :

١) تنمية الانتباه والتركيز.
٢) تنمية المفاهيم المكانية (فوق/ تحت/ يمين/ شمال/ أمام/ خلف).
٣) تنمية مفاهيم الألوان والأشكال والأحجام ومهارات التصنيف والتسلسل .
٤) تنمية المهارات اللغوي (الفهم/ التقليد/ الرباط/ التعرف) .

وقد يتساءل البعض كيف ننفذ مثل هذا النشاط والكل يعلم ولديه اليقين الكامل أن الطفل التوحدي يعانى من التشتت وعدم الانتباه والتركيز وقد عنيت

الكثير (أكثر من عشرون عاما) في مجال ذوى الاحتياجات الخاصة في التعامل معهم سواء بالتدريس في دولة الأمارات أو التدريس العلاجي في العيادات الخاصة أو وحدات التخاطب في مصر والخارج وها أنا الآن أباشر عملي كموجه للإعاقة الذهنية في مصر وتقابلنا الكثير من الحالات التي تصنف بالتوحد مما يزيد الأمر حيرة نجد معظم المعلمين غير قادرين على التعامل مع مثل هذه الحالات في مدارسنا وتظل هذه الحالات مهملة وغير مفعلة وتهدر الأموال الكثيرة في برامج إعداد المعلمين ومع الأسف نجد الآباء هم أساس المشكلة والمجتمع، فكيف نقدم لهم حقهم من التعليم كالتكيف مع مجتمع يلفذهم ولا يعترف بهم.

إن هؤلاء الأطفال في أمس الحاجة لتعديل سلوكهم النمطي والتكراري وحال لسانهم يقول لنا خذوا بيدي علموني عدلوا سلوكي أنا إنسان هذا حقي عليكم، فكم من الأطفال مكثت معه أكثر من عشر سنوات أقوم بتعديل سلوك سلوم سواء في النطق والكلام والأسرة تبدى تعاونها الكامل مع لأتمل ولا تيأس، أنها أسرة كانت بحق الأسرة المثالية في التعاون،وأخذت بيد طفلها أكثر من عشر سنوات مكثت مع حالة سالم الظاهري بالإمارات حتى وصلت به لبر الأمان وقد شخص في الولايات المتحدة الأمريكية على أنه طفل توحدي حيث أنه تلقى صدمة عنيفة عندما سقط من الطابق الثالث على رأسه ففقد النطق والكلام وأظهر الكثير من السلوكيات العدوانية المدمرة لنفسه وللغير وكان يقوم بالاعتداء على والديه بل كان يمسك بأخيه الصغير وهو يحمله ويرميه على الأرض دون إحساس بالضمير أو لمجرد الإحساس أنه فعل شيئا.

وقد بدأت معه تنفيذ برامج تنمية الانتباه والتركيز عن طريق إطفاء الغرفة وجعلها ظلام ثم أشير على بعض الصور التي أحتاج أن أعدل منها سلوكه مثال ذلك: ولد يصلى، ولد يرمى القاذورات سلة المهملات احترام والده أقول له هذا بابا، بابا بيحبك سالوم بيحب بابا، بابا بيحب سلوم ثم أعرض صورة بابا، سلم على صورة بابا، بوس صورة بابا وهكذا.

وعندما أردت تنفيذ تنمية المفاهيم المكانية (فوق/ تحت/ يمين/ شمال/ أمام/ خلف) كنت أقوم بإحضار طاولة وأضع عليها شيء محبب للسلوم وأقوم برميها تحت الطاولة ثم أطلب منه أن يحضرها أكثر من مرة (اقتران الأداء بالفعل) وهكذا وكذلك الحال أثناء تعليمي الصم وضعاف السمع دروس النحو الظرف (المكان) فكان التمثيل أفضل وسيلة لتعليم الأطفال التوحد البسيط والصم والبكم والتأخر العقلي البسيط القابل للتعلم.

- وعند تنفيذ نشاط تنمية مفاهيم الألوان والأشكال والأحجام ومهارات التصنيف والتسلسل كنت استخدم الأشياء الحقيقية قدر الإمكان مثلا الفواكه والأكواب والمكعبات الموجودة في بيئة الطفل أفضل من الصور الو رقية وكنا نلعب لعبة هات وخد حتى يتقن اللعبة تماما ثم ننتقل للرسم والتلوين والتتبع والكتابة وهكذا ...
- وعند تنفيذ تنمية المهارات اللغوي (الفهم/ التقليد/ الرباط/ التعرف) أو شيء نقوم بأدائه هو قياس مستوى نموه اللغوي أين يقف؟ ما عدد كلاماته ما محصوله اللغوي أين يقف من أقرانه العاديين؟ وتسجل ذلك خلال المقابلة الأولى مع والي الأمر ثم نعد عبارات تقيس الفهم والتقليد ويستطيع الربط والتعرف على الأشياء (فواكه – عملات –حيوانات – أشكال مألوفة من البيئة وهكذا).

ثالثاً: الأنشطة الفنية:

ومن أهداف الأنشطة الفنية:

١) تنمية مهارات الانتباه والتركيز.

٢) تنمية مهارات التعبير عما يقومون به.

٣) تنمية القدرة على التقليد والنسخ.

٤) تنمية مهارات التواصل.

٥) تنمية مهارات التعبير عن الذات.

٦) الإحساس بالثقة من خلال الإنتاج الفني.

تمهيد لمهارات: المبادئ الأساسية التي يجب إتباعها عند تطبيق البرنامج مع الأطفال التوحديين:

١) التدريب المتكرر لتثبيت المهارات عند الأطفال التوحدي. وبرجاء عدم الاهتمام لأراء الغير حيث لوحظ تعجل الأسرة بالنتائج مما يعجل بفشل البرنامج ونرك المعالج للحالة بعدما يظهر تحسنا بسيطا مع الحالة.

٢) عمل جدول يومي روتيني يومي مع هؤلاء الأطفال، ودائما يقال لنا أثناء الجلسة لا يوجد جديد كل يوم يتم تكرار ذلك آية الجديد ومرارا وتكرارا نقول إن التكرار هو المستهدف مع مثل هذه الحالات، ولكن مع الأسف لا نجد أذن صاغية لنا، وكأننا نصرخ في قربة مخرومة.

٣) حاول أن تبدأ من الجمع بين إعطاء التعليمات وتنفيذ الحركات المناسبة وذلك عند طلب تنفيذ مهمة ما مثال ذلك إذا أردت أن تفتح الباب قم أولا بفتح الباب ثم أغلقه قم أطلب منه أن يفتح الباب مرة ثانية وهكذا حتى يتقن المهارة المستهدفة.

٤) حاول دائما أن تثير الدافعية لدى هؤلاء الأطفال بهدف تنمية الانتباه وتعلم مهارات جديدة.

٥) خذا وقتا كافيا لتنفيذ المهمة ومهما حدث من مشاكل صادفتك حاول التغلب عليها اصبر وكن من الصابرين ولو لم تصبر لن تحصد غرس زرعك.

٦) أكتب المهمة المستهدفة أمامك وضع المهمة في خطوات صغيرة.

٧) كن دائما مسترشدا نموذج يقلده الطفل في كل خطوات تعليم مهمة ما.

٨) حاول أن توفير المكان المناسب لتطبيق البرنامج على أن يكون بعيدا عن الضوضاء. وعن الأشياء التي تلفت انتباه الطفل وجعل البيئة خالية من المثيرات التي تعطل نجاح البرنامج، وقد قمت بتنظيم الغرفة وترتيبها بأسلوب منظم جيد لا يوجد سوى طاولة وكرسيين فقط لاغير.

٩) على المعالج استخدام أساليب التعزيز المناسبة.ونحن نعلم أن الحلوى تعمل على

زيادة النشاط الزائد لدى الطفل فنحن نحاول أن نبحث عن أي المثيرات التي يحبها الطفل وذلك من خلال مقابلة الأسرة - كنا في السابق نجد أن المعززات لا تجدي نفعا مع تلاميذ التربية الخاصة بدولة الإمارات (مدرسة ذي قار التأسيسية - ومدرسة السلع التأسيسية - ومدرسة ابن كثير التأسيسية) والسبب يرجع إلى أن هؤلاء التلاميذ ليس لديهم دافع للتعلم، لأن كل شيء متوافر لديهم الحلوى والدراهم وجميع وسائل الترفيه، ومن هنا كنا نراعي الفروق الفردية بين هؤلاء الأطفال. ونبحث عن أي الأساليب التعزيز ية تناسبهم.

السمات التي يجب توافرها في أخصائي التخاطب والنطق واللغة والمعالج السلوكي نذكر منهاما يلي:-

١) أن يكون لديه الإحساس والتعاطف مع الطفل مع ملاحظة الاعتدال في كل هذه المشاعر وألا يسرف في تعاطفه.

٢) أن يكون مرنا حتى يستطيع أن يغير ملاحظته أثناء المتابعة غير المجدية مع الطفل.

٣) أن يكون صبورا ذا سعة صدر بمشاكل الآخرين.

٤) أن يكون متفاعلا مع الطفل أثناء الجلسات وأن يراعى إلى مستواه العقلي قدر المستطاع.

٥) أن تكون لديه الثقة في نفسه ولديه الخبرة الكافية بتحسن الحالة في المستقبل القريب وإظهار التحسن الملموس في تقدم الحالة.

٦) أن تكون أفكاره ومفاهيمه واضحة ومؤهلاً للجلسات مع الأطفال الصغار والكبار.

٧) أن يتسم بروح الفكاهة والدعابة مع الأطفال حتى يحبوه.

٨) أن يتسم بالإبداع أثناء الجلسات في الأدوات والوسائل المبتكرة التي تعينه على نجاح المهارة المستهدفة.

٩) أن يكون حسن المظهر طيب الرائحة.(جمال عبد الناصر: ٢٠٠٩-١٣)

أخير إن الهدف الرئيسي للعلاج يتمثل في تدريب الطفل على إصدار

الأصوات غير الصحيحة بطريقة صحيحة ويكون البرنامج على شكل جلسات علاجية قد تكون فردية أو جماعية أو مشتركة معاً يقوم بإعدادها أخصائي عيوب النطق ولكل طبيب خبرته الخاصة في ذلك ولكن تجدر الإشارة بأنه يجب على الطبي أو الأخصائي أن يقوم بما يلي:

١) قياس معامل ذكاء الطفل لاستبعاد مشاكل التخلف العقلي.
٢) إجراء دراسة حالة للطفل تشمل أسرته وطرق تنشئته والأمراض التي أصيب بها ومشكلات النمو المختلفة.
٣) تشخيص الاضطراب ومعرفة سببه هل هو نفسي أم سيكولوجي غيره، ومعرفة نوع هذا الاضطراب وشدته والعلاجات التي استخدمت مع الحالة والتأكد من أن الحالة لا تعود إلى مشكلات في السمع.
٤) مراقبة الطفل من خلال اللعب الحر ومشاهدته في التحدث والقفز وغيرها.
٥) ملاحظة قدرة الطفل على التوازن.
٦) ملاحظة مشاكل الطفل هل هي عدوانية أم انسحابية أم غيرها.

بعد القيام بهذه الإجراءات ترسم الخطة العلاجية وقد تكون فردية أو جماعية وعلى المدرس أو الأخصائي القيام بما يلي:

١) توظيف ما تعلمه الطفل من أصوات جديدة أثناء القراءة الجهر ية.
٢) مساعدة الطفل على التعرف على الكلمات من خلال تدريبه على التهجئة التي تحتوي على الأصوات التي يتدرب عليها في البرنامج العلاجي.
٣) إشراك الطفل في نشاطات خاصة بالنطق واللغة وتعليمه طرق إخراج الأصوات المختلفة وتدريبه على تمييز هذه الأصوات.
٤) عدم الاستهزاء من لغة الطفل.
٥) من يدرك ويحدد الأصوات المراد تعليم الطفل عليها في البرنامج العلاجي وأن يعزز الطفل على تقليدها عن طريق التشجيع والاستحسان أو الجوائز المادية أو غيرها.

٦) تحويل الطفل إلى طبيب نفسي إذا كانت مشكلاته تعود لأسباب نفسية كالخجل العلاج النفسي لتقليل اتجاه الخجل والارتباك والانسحاب التي تؤثر على الشخصية وقد تزيد من الأخطاء الاضطرابات، وعلاج الطفل القلق المحروم انفعالياً وإفهام الفرد أهمية العملية الكلامية في نمو وتقدمه في المجتمع وتشجيعه على بذل الجهد في العلاج وتقوية روحه المعنوية وثقته بنفسه وإماطة اللثام عن الصراعات الانفعالية وحلها وإعادة الاتزان الانفعالي وحل مشكلات الفرد وعلاج فقدان الصوت الهستيري بالإيحاء والأدوية النفسية، ويجب الاهتمام بالعلاج الجماعي والاجتماعي، والعلاج باللعب وتشجيع النشاط الجسمي والعقلي كذلك يجب علاج حالات الضعف العقلي.

هناك تأثير في الاضطرابات النفسية والعقلية على القدرة في التواصل اللغوي مع الآخرين كما قد توصل إلى أن تكون أسباب عضوية وحرمان الطفل من عطف الوالدين أو إهمال الطفل قد يؤثر نفسياً على الطفل وانعدام الأمن النفسي يؤثر على نموه اللغوي وهناك أدله تشير إلى وجود أثرا للقلق وتوتر على عملية التواصل. ويعتمد النمو العادي للغة عند الأطفال أيضا على التوافق السيكولوجي الانفعالي السوي. وبعض الأطفال الذين يعانون من إعاقات انفعالية يظهرون اضطرابات في اللغة خاصة في المواقف التي تتضمن نوعا من التواصل الشخصي المتبادل.

العلاج الكلامي:

عن طريق الاسترخاء الكلامي والتمرينات الإيقاعية في الكلام، والتعليم الكلامي من جديد والتدرج من الكلمات والمواقف السهلة إلى الصعبة، وتدريب اللسان والشفاه والحلق (مع الاستعانة بمرآة)، وتمرينات البلع والمضغ (لتقوية عضلات الجهاز الكلامي)، وتمرينات التنفس، واستخدام طرق تنظيم سرعة الكلام (التروي والتأمل)، والنطق المضغي وتمرينات الحروف الساكنة والحروف المتحركة والطريقة الموسيقية والغنائية في تعليمه الكلام العادي .

أمثله للتدريب العملي على النطق للصوت /أ/:

الصفة المميزة للصوت: صوت حنجري احتكاكي جهور

طريقة إخراج الصوت:

يندفع الهواء من الرئتين فيهتز الوتران الصوتيان وفيه تكون الحنجرة مرتفعه ومشدودة، ويكون اللسان مستويا مع الفك السفلي وفى حالة ارتخاء كامل وطرفه ملامس لجذور الأسنان السفلى، أما وضع الشفاه فتكون مفتوحة دون مبالغه بشكل طبيعي فيخرج الصوت.

أكثر المشكلات شيوعا عند نطق الصوت (أ):

١) نطق الصوت (أ) انفيه:

ويحدث ذلك نتيجة لخروج الهواء عبر التجويف الأنفى بسبب ضيق فتحة الفم، بسبب غلق اللهاة لسقف الحلق اللين، فلا يجد الهواء مخرجا له سوى من الأنف فينطق صوت (أ) انفيه .

٢) نطق صوت (ى) بدلا من صوت (أ):

ويحدث ذلك نتيجة عدم قدرة الطفل على التحكم في لسانه وانفراج شفتيه أكثر من اللازم، وبالتالي إصدار الصوت بنغمه قريبه من صوت (ى).

٣) نطق صوت (أ) بطبقه رفيعة:

ويحدث ذلك نتيجة شد الطفل للأوتار الصوتية بصوره مبالغ فيها عند نطق صوت (أ) مما يؤدى إلى شد عضلات الزفير، ولذلك يخرج صوت (أ) بطبقه رفيعة.

تدريبات حسية للنطق:

تدريبات سمعيه:

١) يطلب الأخصائي من الطفل الاستماع إلى صوت (أ) معزول بتركيز ليحاول أن يقلده بطريقه صحيحة.

٢) إذا فشل الطفل في نطق صوت (أ) معزولا يقوم الأخصائي بتدريب الطفل على نطق الصوت بالحركات الطويلة والقصيرة وذلك بنطقه أمام الطفل عدد كبير من المرات ويطلب منه محاولة إعادة نطقه صحيحا.

٣) يقوم الأخصائي بتدريب الطفل على الاستماع الذاتي وفيه يتم تدريب الطفل على نطق الصوت الصحيح والاستماع لنفسه ومحاولة التمييز بين الصوت الخاطئ والصحيح.

٤) إذا نجح الطفل في نطق صوت (أ) معزولا يطلب منه الأخصائي نطقه في مقاطع،و إذا لم يستطع الطفل نطق بعضها يقوم الأخصائي بنطقها و يطلب من الطفل تكرار ذلك.

٥) يطرح الأخصائي مجموعه من أزواج الكلمات التي تحتوي حرف منها علي صوت (أ) و يطلب من الطفل أن يرفع يده عند سماع الكلمة التي يوجد بها صوت (أ) كنوع من التدريب علي التميز السمعي.

تدريبات بصرية :

١) يعرض أخصائي التخاطب علي الطفل صورة تكشف عن وضع أعضاء النطق أثناء التلفظ بصوت (أ).

٢) يطلب الأخصائي من الطفل النظر إليه أو في المر أه ليري كيفيه وضع أعضاء النطق أثناء نطق الصوت (أ) ليشاهد أما يحدث بالشفتين من انفراج جانبي عند نطق ذلك الصوت.

٣) يطلب الأخصائي من الطفل تجنب عدم تقوس لسانه أو فتح شفتيه بشكل مبالغ فيه.

تدريبات لمسيه :

١) يقوم أخصائي التخاطب بإعطاء الطفل تدريبات لتقوية عضلة اللسان في أوضاع متنوعة كالرفع والخفض وإلي الأمام وأعلي.

٢) يطلب أخصائي التخاطب من الطفل وضع راحة اليد من أسفل الرقبة وقريبا من السطح حتي يستطيع الطفل أن يشعر بالذبذبات التي تصدر عند نطق صوت (أ).

٣) إذا كان الطفل ينطق صوت (أ) بصورة أنفيه يمكن لأخصائي التخاطب أن يمسك فتحتي الأنف الطفل بين السبابة والإبهام لغلقها فيتحول مجري الهواء إلي الفم مرة أخري.

أطفال التوحد والتواصل الاجتماعي

ترى الاتجاهات المعاصرة في مجال التربية الخاصة، أن التحديات التي تواجه مؤسسات الإعاقة تفرض عليها إشراك كافة مؤسسات المجتمع لدعم ومساندة برامجها لرعاية وتأهيل أفرادها المعاقين، وكما تنادى تلك التوجهات الحديثة بضرورة تبنى مفهوم "الأسرة والمجتمع شريك فعال" في مقابل مفهوم "الأسرة كمتلقي للخدمة فقط" السائد حاليا.

ويؤكد ماندي وكروسون **Mundy&Crowson** (٦٥٣:١٩٩٧) على أن العجز عن التواصل الاجتماعي هو أحد سمات الأطفال التوحديين، وهذا العجز يتمثل في عدد من السمات:

- قصور أو عجز في تحقيق تفاعل اجتماعي أو اتصال اجتماعي متبادل.
- رفض التلامس الجسدي وعدم الرغبة في الاتصال العاطفي البدني.
- قصور في فهم العلاقات الاجتماعية والتزاماتها.

وتذكر سميرة عبد اللطيف (١٧:١٩٩٧) أن الضعف في تكوين العلاقات الاجتماعية للأطفال التوحد هو الصفة البارزة الأولى ويشتمل على الضعف في اللعب الجماعي وتفضيل العزلة على وجود الآخرين والفشل في طلب المساعدة من الآخرين في ساعة الألم أو الحاجة، وكذلك لهم ما يعيقهم عن الاندماج مع الآخرين وهو عدم القدرة على فهم العلاقات الاجتماعية وقوانينها والتزلماتها.

ويشير عادل عبد الله (٢٠٠٢:١٧٣) على أن أطفال التوحد يتسمون بعدم القدرة على المشاركة في العلاقات الاجتماعية ويعانون من اضطراب القدرة على إقامة علاقات صداقة تقليدية حيث غالبا ما تنقصهم المهارات الضرورية لبدء علاقات صداقة اجتماعية.

ومما لاشك فيه، يعد عجز أو قصور التواصل الاجتماعي لدى أي فرد إنما هو إنذار بالخطر، وعائق تهديد أمام نموه النفسي والاجتماعي، فالعجز عن المهارات اللازمة للتواصل الاجتماعي يعد ناقوس خطر ومؤشر لدمار الشخصية.

وقد حاول كلين وآخرون Klin et al. (٨٦٣:١٩٩٢) التعرف على أسباب الإصابة بالعجز الاجتماعي في التوحد، فكان لذلك ظهور عدة فروض لتفسيره، فقد اعتبره كانر (١٩٤٣) ناتج من اضطراب في التواصل الفعال، بينما اعتبره راتر Ruttre (١٩٧١) ناتج من الإصابة بالعجز اللغوي.

وتذكر أمال باظة (٢٠٠٢:٣..٢) أن مهارات التواصل الاجتماعي تتضمن مهارات التفاعل الاجتماعي مثل الترحيب أو الاستئذان أو التعامل مع الأكبر والأصغر والاتجاهات نحو الآخرين وكذا مهارات النطق والاستماع والمحادثة والفهم والإدراك ومهارات التواصل الوجداني مع الذات والقدرة على ضبط الانفعالات والتعبير عنها.

وبوجه عام يتصف أطفال التوحد بمجموعة من السمات الفرعية التي تعبر جميعها عن الإصابة بالعجز عن التواصل الاجتماعي اتفق عليها عدد من الباحثين مثل بيتر وماري Peter&Mary (١٩٩٧)، جون Joan (١٩٨.)، ولوش Losche (١٩٩.) وهي:

- يفضل اللعب بمفرده عن اللعب مع الآخرين.
- لا يبادل الابتسامة مع الآخرين سواء والديه أو أقرانه.
- عدم الاكتراث الانفعالي للآخرين.
- قصور في الالتزام بالعلاقات الاجتماعية.
- قصور في تبادل الاتصال الاجتماعي مع الآخرين.

ويؤكد هشام الخولي (٢٠٠٧:٥٣..٢) على أن الطفل التوحد يفتقد منذ الأشهر الأولى من حياته إلى مهارات التواصل فقد لا يستجيب إلى كل من والديه حتى ولو كانت مشاركة الوالدين له حنونة وعاطفية إلا انه لا يبدي أي رد فعل أو إشارة وكأنه أصم آو أعمى.

التعديل السلوكي لأطفال التوحد والعلاقات الاجتماعية:

اكتشف "ليوكانر Leo Kanner" عام ١٩٤٣م اضطراب التوحد، وشاركه زميله "ليون ايزبنبرج Leon Eisenberg"، وقاما بتحديد اضطرابات السلوك

الاجتماعي عند الإصابة بالتوحد. وأهم هذه الاضطرابات والصعوبات:

١) الانسحاب من المواقف الاجتماعية والانعزال والتقوقع وصعوبة التعامل مع الآخرين.
٢) لا يهتم بالآخرين، بل يتجاهل من حوله، ويهتم بالجوانب المادية الموجودة حوله.
٣) يتعامل مع أجزاء جسم من حوله بصورة منفصلة، فإذا لعب بيد شخص بجانبه فكأن اليد جزء منفصل عن جسد من بجانبه.
٤) يفتقد القدرة على التواصل البصري **Eye – Contact** فهو لا يطيل تركيز البصر نحو موضوع معين.
٥) يفتقد السلوك المقبول وفق المعايير الاجتماعية، مثل في حال الشراب أو الأكل.
٦) يهتم بالجوانب الخلقية لمن يتعرف عليهم، ولكن لا يقيم علاقات اجتماعية أو صداقة معهم.
٧) لا يدرك مشاعر الآخرين ولا يهتم بهم، ولا يفرق بين الناس والأشياء، ولا يبذل أي مجهود لتفادي التعثر في الناس إذا كانوا في طريقه، أو الاهتمام بحاجياتهم.
٨) الإحساس العاطفي والعلاقة بالآخرين **Emotions and Relationships** فالارتباط مع الوالدين له مظاهر غير ثابتة، والمشاعر والعواطف في المواقف الاجتماعية غريبة وغير متوقعه.
٩) صعوبة القدرة على إدراك أفكار الآخرين **Understanding other People's Thoughts** على إدراك ما يدور في أفكار الآخرين. خاصة وأنهم لا يدركون المفاهيم المجردة. بل يطلق بعض علماء النفس على التوحد مسمى العمى الإدراكي، حيث لا يدرك المصاب بالتوحد – مثلاً – معنى الخداع والتضليل.

(٢) قصور في التواصل مع الآخرين:

يعاني هؤلاء الأطفال أيضاً من قصور في التواصل سواء لفظياً أو غير لفظي حيث أن هناك ٥٠ % منهم على الأقل لا تنمو اللغة لديهم على الإطلاق،

وبالتالي لا يكون بمقدورهم استخدام اللغة في الحديث أو استخدامها للتواصل، أما النسبة الباقية فإنها تعاني من قصور واضح في نمو اللغة لديهم حيث يتأخر تلك النمو بشكل ملحوظ، ولا يكون لديهم سوى بعض الكلمات القليلة، ومع ذلك لا يكون بمكانهم استخدامها في سياق لغوي صحيح كي تدل على معناها الذي نعرفه نحن، أي أنهم لا يستخدمونها بشكل صحيح، كذلك فهم يعانون من اضطرابات عديدة ومختلفة في النطق. ومن ناحية أخرى فإن لغتهم التعبيرية**expressive** تتسم بالتكرار، والترديد المرضي للكلام**echolalia**، والنطق النمطي لتلك الكلمات التي يعرفونها، وعدم القدرة على إجراء محادثات متبادلة مع الآخرين أي عدم القدرة على إقامة حوار أو محادثة معهم، وإبدال الضمائر، كما أن نغمة الصوت وإيقاعه من جانبهم يكونا غير عاديين، هذا بخلاف الاستخدام الشاذ أو غير العادي للإيماءات. ومن ناحية أخرى فإن لغتهم الداخلية**internal language** أي قدرتهم على التظاهر أو اللعب التخيلي تمثل جانب قصور آخر لديهم. أما قدرتهم على الفهم والاستيعاب من جانب آخر فتكون محدودة جداً، كما أنهم يكونوا غير قادرين على فهم وإدراك المفاهيم المجردة(عادل عبد الله ٢٠٠٢) .

ومما سبق يمكن القول أن أطفال التوحد يعانون من ثلاثة صعاب أساسية، يمكن وصفها بالإعاقة الثلاثية وهي:

١) التفاعل الاجتماعي (صعوبة في العلاقات الاجتماعية كأن يبد الشخص متحفظاً وغير مبالياً).

٢) الاتصال الاجتماعي (صعوبة في الاتصال الشفهي والاتصال غير الشفهي).

٣) الخيال (صعوبة في تنمية الخيال واللعب مع الآخرين كأن يكون لديه عدد محدود من الأنشطة الخيالية ومن المحتمل أن تكون منسوخة ومنتهجة بطريقة صارمة ومتكررة).

فوائد دمج الأطفال التوحديين لتعديل العزلة الاجتماعية :

يقدم الدمج التربوي الشامل للطلاب المعوقين وأيضاً التوحديين عدداً من

الفرص التعليمية والنماذج الاجتماعية، مما يساعد على حدوث نمو اجتماعي أكثر ملاءمة، ويقلل من الوصمة بالإعاقة التي تصاحب برامج العزل. كما توفر بيئة التربية العامة الفرصة لتعميم المهارات التي تعملها الأطفال المعاقين و الأطفال التوحديين أيضاً من خلال التفاعل مع أقرانهم العاديين.

وللتحقق من فاعلية الدمج في الفصل الدراسي العادي فقد قام كلا من ماك جي وبارادايس تريفور **Mc gee & paradis trevor (1993)** بدراسة أثار الدمج على مستويات السلوك التوحدي وذلك بمقارنة الظروف التعليمية التي يتعلم فيها الأطفال التوحديين وهي كالتالي:-

١) التعلم مع الأقران العاديين.

٢) التعلم مع الأقران التوحديين.

٣) التعلم الفردي.

وقد استخدما عينة قوامها ٢٨ طفل توحدي وتم تقسيم الوقت بحيث يقضي هؤلاء الأطفال بعض الوقت مع الأطفال العاديين والبعض الآخر مع أقرانهم التوحديين والجزء الباقي من الوقت يتعلم فيه كل طفل من خلال الجلسات الفردية. وقد تم الاستعانة بشرائط فيديو لتقييم مستوى السلوك التوحدي، كما أنه تم الاستعانة بالتدريس العرضي **Incidental teaching** حيث يتم تدريس المهارات في سياقها الطبيعي ومن خلال الأنشطة العادية للطفل مثل اللعب الحر، وتناول الوجبات، والفن، والألعاب الخارجية.

وقد أظهرت النتائج وجود اختلافات في مستوى السلوك التوحدي، ترتبط بما إذا كان الطفل التوحدي مع طفل عادي أو طفل توحدي أو بمفرده حيث أظهر التحليل أن السلوك التوحدي أكثر احتمالا للظهور بين الأطفال التوحديين أو حين يكون الأطفال التوحديين بمفردهم عن ظهوره مع الأطفال العاديين وبشكل عام فإن ٢٢ طفل من حجم العينة كانوا يحاولون الاحتفاظ بنزعتهم لإظهار مستوى أقل من السلوك التوحدي عندما يكونوا مع الأطفال العاديين عما يكونوا مع الأطفال التوحديين.

كما زاد فهم الأطفال العاديين للأطفال التوحديين وزادت اتجاهاتهم

الإيجابيـــة نحـــو أولئك الأطفال ونحو وجودهم في الفصل. كما تحسن التفاعل بين الأقران العاديين والأطفال التوحديين حيث أظهرت شرائط الفيديو أن الأطفال التوحديين كانوا أكثر تقربا للأطفال العاديين من أقرانهم التوحديين.

كما أشار كامبس وآخرون **Kamps et al** (١٩٩٥) إلى أن الدمج في الفصل الدراسي العادي قد أدى إلى ارتفاع مستويات التحصيل الأكاديمي لدى كلا من الأطفال التوحديين وأقرانهم العاديين، كما أنه زاد التفاعل بين الأقران من خلال مجموعات التعلم التعاوني.

وفي دراسة أخرى قام بها كامبس وآخرون (١٩٩٤) تبين أن التعلم من خلال الفصول العادية مع الأقران العاديين يزيد من طلاقة القراءة و يصحح من استجابات أطفال العينة لأسئلة الفهم.

وقد أوضح أودم وسبيتز **Odom & Spitz** (١٩٨٩) وديكلين وأودم **Deklyen & Odom** (١٩٩٨) أن أنشطة الدمج الاجتماعي **Social integration** قـــد أدت إلى ارتفاع مستوى التفاعل والتقارب بين الأقران. كما كان للدمج أثراً في حصول الأطفال التوحديين على درجات مرتفعة في اللغة وتقديرات عالية في الكفاءة الاجتماعية.

ومن حيث الفـــوائد التي تعود علي الأطفال العاديين من عملية الدمـــج فقد لاحظ هالفورسن وسيلون **Sailon & Halvorson** (199.) وبترسون **peterson** (1989)) إن تواجد الطلاب المعاقين في غرفة الدراسة العادية يمكن أن يزيد الفهم والاحترام حول الفروق الفردية بين جميع طلاب الفصل العادي، كما أن وجود الأطفال التوحديين في الفصل الدراسي العادي يزيد من الاتجاهات الإيجابية للأقران العاديين نحو أقرانهم التوحديين كما أظهرت الدراسات أن وجود الأطفال المعاقين ومنهم التوحديين داخل الفصل الدراسي العادي ليس له تأثير دال على السلوك والتحصيل الأكاديمي أو ضياع وقت الفصل (بيرادلي وآخرون **Bradley et al ...2 :32**).

إن دمج الأطفال التوحديين في المدرسة العادية هو أمراً أقرته القوانين والتشريعات التي أكدت على تربية وتعليم الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة في

بيئة التربية العادية. وقد شهدت المدارس وخاصة في الدول المتقدمة مثل الولايات المتحدة الكثير من التغيرات لاستيعاب الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة والتو حديين داخلها وهو ما أطلق عليه إعادة تشكيل المدرسة **School Reform**، والأمر الجدير بالإشارة إلى أن نسبة كبيرة من الأطفال التوحديين (٢٥%) يتمتعون بمستوى وظيفي مرتفع **Higher functuoning Autism**، وقد تزيد هذه النسبة حيث أنه في كثير من الأحيان يصعب قياس ذكاء الأطفال التوحديين، وهناك من الأطفال التوحديين من يتمتعون بمواهب وقدرات خاصة.

وبهذه الصورة نجد أن دمج الأطفال التوحديين في المدرسة العادية هو أمراً ضروري لهم حتى تتاح لهم فرصة النمو السليم في بيئة طبيعية.

وتعتبر أول الخطوات نحو الدمج الفعال للأطفال التوحديين هي التدخل الفعال لتغيير الاتجاهات نحو دمج هؤلاء الأطفال حيث أن كثير من المعلمين والأطفال العاديين اتجاهاتهم سلبية نحو الدمج. وتتعدد أشكال دمج الأطفال التوحديين كالتالي:-

١) الدمج في فصل خاص ملحق بالمدرسة العادية.

٢) الدمج الجزئي.

٣) الدمج الكلى .

ويلعب المعلم دوراً كبيراً في نجاح برامج الدمج. كما أن مشاركة الأقران العاديين والوالدين والأخوة في برامج الدمج يزيد من فاعلية هذه البرامج.

مراجع الفصل:

(١) أمال عبد السميع اباظة (١٩٩٩): بحوث وقراءات في الصحة النفسية، القاهرة، الأنجلو المصرية

(٢) آمال عبد السميع أباظة (٢..٢): الاتجاهات الحديثة لتشخيص ذوي الاحتياجات الخاصة، مؤتمر التربية الخاصة في القرن الحادي والعشرين، تحديات الواقع وآفاق المستقبل: كلية التربية جامعة المنيا، ص ص ١٨ــ ٣١.

(٣) أمال عبد السميع أباظة (٢٠٠٧): اضطرابات التواصل وعلاجها، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

(٤) جمال الخطيب، منى الحديدي (١٩٩٧): المدخل إلى التربية الخاصة،مكتبة الفلاح، الكويت .

(٥) جمال عبد الناصر سليمان (٢٠٠٩): اضطرابات النطق والكلام (فنيات علاجية وسلوكية) دار المصطفى للطباعة ومصر العربية للنشر والتوزيع.

(٦) سَهي احمد نصر (الاتصال اللغوي للطفل التوحدي/ التشخيص _البرامج العلاجية) ٢..٢م/ دار الفكر للطباعة والنشر/ عمان – الأردن.

(٧) سهي بدوى منصور (١٩٩٩): التذكر لدى الأطفال المتلعثمين الأسوياء في مرحلة الطفولة المتأخرة، رسالة ماجستير (غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

(٨) عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٧): اضطرابات النطق والكلام، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، السعودية.

(٩) فيــصل الــزراد (١٩٩٠): اللغة واضطرابات النطق والكلام، دار المريخ، الرياض.

(١٠) هدي الناشف(١٩٩٨): إعداد الطفل للقراءة والكتابة، دار الفكر العربي، القاهرة.

(11) Bernstein, D & Tiegerman, E (1993): Language and communication Disorders in children, third Edition, New York, Macmillan publishing.

الفصل الرابع

برامج تدريبية
لتنمية المهارات العامة

برامج تدريبية لزيادة القدرات:

إليكم العديد من البرامج التي سوف تساعدكم في تنمية الحواس الخمسة للطفل الرضيع، وعلى الأم أن تبدأ بما تراه ما يناسب قدرات الطفل، وهذه البرامج لا تغني من استشارة المتخصصين في تنمية قدرات الأطفال وجميع تلك البرامج مأخوذة من برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة. وإضافات من الميدان العلاجي للحالات التوحد التي نقوم بالأشراف على تعديل سلوكياتهم وتنمية قدراتهم اللغوية والكلامية ورعاية الذات وهذه البرامج تتمثل فيما يلي:

أولاً: طرق التقارب بين الأم وطفلها:

١) بعد الولادة مباشرةً، يبقى الطفل متنبهاً حوالي ساعة قبل أن يستغرق في نوم عميق. خلال هذه المدة، إذا سمحت الظروف، احملي طفلك على بعد ٢٠ إلى ٢٥ سم كأنك ترضعيه وانظري في عينيه. النظر في عيني طفلك سيجعل إحساس الأمومة يتدفق بداخلك. تحدثي إلى طبيبك والممرضة قبل الولادة واطلبي منهم أن يرجئا أية إجراءات غير ضرورية مثل وضع القطرة لطفلك إلى أن تستطيعي أن تحملي طفلك وتنظري في عينيه لأن القطرة ستجعل رؤيته غير واضحة. إذا لم تستطيعي أن تحملي أنت طفلك لأي ظرف من الظروف فيمكن أن يقوم الأب بذلك.

٢) أرضعي طفلك في أقرب فرصة ممكنة، فحتى لو لم يستطع المص في البداية فإثارة حلمة الثدي ستجعل الجسم يفرز ال"أوكسيتوسين" وهو هرمون يزيد من تقلصات الرحم (مما يعمل على إعادة الرحم أسرع إلى حجمه الطبيعي)، كما يقلل من الدم الذي ينزل بعد الولادة. كما أن إثارة حلمة الثدي تحفز لإفراز ال"برولاكتين" وهو هرمون يزيد من أحاسيس الأمومة.

٣) ملاطفة جلد طفلك يفيده من الناحية الطبية، ففي البداية يكون نظام تنفس الطفل غير منتظم وهذه الملاطفة ستساعده على التنفس بانتظام أكثر. بالطبع يمكن للأب أو أي فرد من أفراد الأسرة أن يحمل الطفل ويداعب جلده.

٤) تحدثي إلى طفلك، فالطفل المولود حديثاً يستطيع التعرف على صوتك فهو قد سمعه كثيراً أثناء وجوده في رحمك. إن تحدثك إليه أمر يطمئنه ويعمل على زيادة الرابطة بينكما. هذا الأمر ينطبق أيضاً على الأب، فالطفل يعرف صوت أبيه أيضاً لأنه كثيراً ما سمعه وهو في رحم أمه. افعلي كل ما بوسعك!

نتيجة للولادة القيصرية أو أية إجراءات جراحية أخرى قد تمر بها الأم، قد لا تستطيع التقرب من طفلها بعد الولادة مباشرة. في بعض الحالات الأخرى، قد يولد الطفل مبتسر أو يعاني من أية حالات تعوق دون بقائه مع أمه بعد الولادة مباشرةً. لكن في كل الأحوال لا يجب أن تفوت هؤلاء الأطفال فرصة التقارب مع أمهاتهم. إليكما الطرق الآتية لتحقيق التقارب بينكما وبين طفلكما حتى لو كانت هناك ظروفاً غير عادية:

٥) إذا كنت تحتاجين لولادة قيصرية، يمكنك أن تطلبي من طبيبك الولادة باستخدام مخدر ال"ابيدورال" فبذلك تستطيعين حمل طفلك، واحتضانه وإرضاعه بعد ولادته مباشرةً.

٦)- إذا كانت الولادة قيصرية، يمكن لزوجك أن يحضرها وإذا لم يرغب في ذلك يمكنه أن يحمل الطفل إلى أن ينتهي الطبيب من مهمته وفي هذه الأثناء يمكنه التقرب من طفله. فلن يؤدى ذلك فقط إلى تقارب الأب وطفله ولكن سيثير مشاعر الأبوة عند الأب. يرتبط كل من الأب والأم بالطفل بطريقة مختلفة ولكن تظهر الدراسات أن الآباء الذين يرتبطون بأطفالهم منذ البداية يمكن أن يفيدوا أطفالهم مثلهم مثل الأمهات، كما سيكونون أيضاً أكثر تعلقاً بأطفالهم فيما بعد.

إذا كان طفلك يحتاج لرعاية خاصة، يمكن أن تبقى أنت وزوجك على مقربة منه وهو في الحضّانة. تحدثا إلى طفليكما وإذا سمح لكما الطبيب بلمسه فلتفعلا. لم يفت الأوان بعد! إذا لم تسنح الفرصة في البداية للتقرب من طفلكما، لا تقلقا فالوقت ليس متأخراً، فالأبوان لديهما فرصة دائماً للتقرب من وطفلهما خلال مراحل الطفولة المختلفة.

إليكما بعض النصائح لكي تقتربا أكثر من طفلكما:

١) استجيبا بحساسية لطلبات طفلكما.

٢) استجيبا بشكل سليم، ليس أكثر مما يجب ولا أقل مما يجب.

٣) حاولا فهم طفلكما على أن تضعا في اعتباركما السلوك المناسب للمرحلة السنية التي يمر بها.

٤) ربيا طفلكما بأسلوب يتسم بالتوجيه السليم وليس بالسيطرة

وسوف نستعرض بعض البرامج المبسطة المقدمة للأمهات الحديثات العهد بالإنجاب وخاصة إذا كان هذا الطفل معوق.

برنامج رقم (١): الهدف: نمو بصري عام:

على الأم محاولة جذب انتباه الابن من خلال مجال الرؤية حتى تساعده على النمو البصري وعليها إتباع الآتي:

١) علقي شيئاً متحركاً عن يمين وشمال مهد الطفل لأن يديه عادة ستتحركان على الجانبين. يجب أن تكون الحركة مسلية للطفل عندما ينظر إليها في أعلى.

٢) إجعلي وجهك على بعد ١٥-٢٠ سم من الطفل عند التحدث أو الغناء له. فإن الرضيع في هذه العمر سوف يعتني بوجه الإنسان أكثر من أي شئ آخر.

٣) اقلبي الطفل للناحية الأخرى من المهد حتى ينبه الضوء كلتا العينين.

٤) علقي أشياء من جانب المهد أو من رباط الأمان عبر المهد فإن الأطفال الصغار ينجذبون أولاً للأشياء السوداء والبيضاء والتي لها وجوه ثم الضوء والأشكال غير المنتظمة أو نماذج الأشياء.

برنامج رقم (٢): الهدف: نمو بصري عام:

١) استعملي من حين لآخر ملاءات ذات نماذج على مهد الطفل.

٢) حركي شيئاً كبيراً لامعاً أو بطارية قلم ببطيء عبر خط رؤية الطفل.

٣) ضعي الطفل على ارتفاعا مختلفا مثلا على الأرض أو على السرير مع مراعاة

الأمن والسلامة بحيث لا يقع على الأرض.

٤) أرى الطفل يديه وقدميه. حركيهم سوياً.

٥) ضعي الطفل في أماكن مختلفة من الحجرة. دعية يلاحظ الأسرة أثناء الطعام.

٦) ضعي لعبة في يدي الطفل أثناء نظرة في اتجاه آخر.

٧) أمسكي بمرآة فوق رأس الطفل عندما يكون في مهده على بعد ١٧-٢٠سم تقريباً من عينيه.

٨) ثبتي قطعة من البلاستيك السميك أو صينية عبر جزء من مهد الطفل وضعي أشياء ملونة عليها مثل قطع من الورق أو العب. حركي أو ارفعي تلك الأشياء من وقت إلى أخر.

٩) إربطى شرائط ملونة لامعة مع بعضها وعلقيها فوق مهد الطفل بحيث يراها ولكنه لا يلمسها.

١٠) علقي صورة كبيرة أو تكوينات ملونة من الورق على حائط حجرة الطفل فوق مهدة. من الممكن أستخدم فرخ كبير من الورق الملون وتغييره من وقت لآخر.

برنامج رقم (٣): الهدف: استثارة لمسية عامة:

١) اتركي الطفل أمام راديو أو تليفزيون (وذلك حتى يحس بالذبذبات المختلفة) مع مراعاة أن لا يكون الصوت عالي مما يضر الطفل ولكن الصوت بسيط.

٢) قدمي للطفل لعب أو حيوانات ذات الفراء أو القماش أو حتى ألعاب بلاستيك ولاحظي أي الملامس.

٣) تناولي الطفل والمسيه بطريقة رقيقة وبحب فإن حديثي الولادة يكونون شديدي الحساسية للحركة المفاجئة أو التعامل الخشن أو الغير المناسب.

٤) الطفل يشعر بأمان أكثر إذا لف في البطانية بطريقة مريحة، فإذا وضع زجاجة ماء دافئ في المهد (سرير الأطفال) أو قريبة من ملابس الطفل يعطي إحساس بالارتياح للطفل في الشتاء فقط.

٥) احملي الطفل بالقرب من قلبك لأن ذلك له تأثير فعال حيث أن معظم الأطفال يقل بكائها.

٦) دائماً احملي الطفل أثناء إطعامه بزجاجة الرضاعة.

برنامج رقم (٤) : الهدف: نمو سمعي:

١) غني لطفلك، أو قولي نشيد بسيط مرح له.

٢) دعي الطفل يسمع دقات الساعة فإن ذلك يساعده على أن يهدأ عندما يكون مضطرباً.

٣) عند الحديث للطفل غيري من طبقات صوتك فإن طبقات الصوت أهم من الكلمات المستخدمة.

٤) لا تدعي فرصة تمر دون التحدث لطفلك وكأنه طفل كبير.

٥) أديري الألعاب المتحركة والتي تحدث موسيقي هادئة فذلك يجعل الطفل ينام ويستيقظ بلطف ويحدث نوع من راحة الأعصاب لدى الطفل.

٦) ضعي شخشيخة في يد الطفل

٧) اربطي جرس صغير في شراب الطفل (لأنه ذلك يساعد على تنمية الحركة لدى الطفل فبذلك يتشجع الطفل على مزيد من الحركات.

٨) تحدثي إلى الطفل من أماكن مختلفة في الغرفة ولاحظي إذا كان الطفل يسمع ويتابع ذلك بعينه.

٩) كرمشي ورقة بالقرب من أحدى أذنيه ثم الأذن الأخرى.

١٠) لتركي الطفل يلعب بالورقة المكرممش.

برنامج رقم (٥)

الهدف: ينظر في اتجاه الصوت أو يغير حركة جسمه إستجابه للصوت.

١) دقي جرساً على بعد ٣. - ٤٥ سم (يجب ألا يكون عالياً جداً ولكن بصوت لا يؤذي الطفل.

٢) تحدثي إلى الطفل، أو قولي اسمه "أحمد" انظر مثلاً.

٣) صفقي بيدك أو أربني على شئ أمامه.
٤) اضغطي على لعبة بلاستيك تصدر صوتاً.
٥) انفخي صفارة رقيقة جواره.
٦) شغلي كاست به بعض الأناشيد أو الأغاني الخاصة بالأطفال ولكن بصوت منخفض لا يؤذي الطفل.
٧) ساعدي الطفل بإدارة رأسه بلطف تجاه الصوت إذا لم يفعل ذلك بنفسه.
٨) استعملي أنواع مختلفة من الأصوات مع الطفل، غيريها دائماً حتى تصبح جديدة عليه وتجذب انتباهه وتدفعه إلى الحركة.

برنامج رقم (٦): في حالة البكاء:

١) عند سماع بكاء الطفل تحضر إليه الأم وتقوم بتهدئة بكاء الطفل وعليها أن تحركه ليكون بقرب شخص كبير.
٢) حركي الطفل بكرسيه من مكان في البيت إلى آخر أثناء عملك، غني وتحدثي معه من وقت لآخر.
٣) ضعي الطفل بقرب العائلة أثناء تناول الطعام، تأكدي من التحدث إليه كما تفعلين مع باقي أفراد العائلة.
٤) ضعي الطفل على ظهره على بطانية في الغرفة التي تتحركين بها، في بعض الأحيان اذهبي وتحدثي إلى الطفل.
٥) إذا كان الطفل هادئاً فقط أثناء وجود الشخص الكبير قريباً جداً منه فضعي الطفل على مسافة قليلة فقط، وكلما تعود الطفل على ذلك حركيه وبالتدريج ليبعد أكثر، عندما يكون الطفل هادئاً ومسروراً أعتني به بصورة دورية وذلك بالذهاب إليه والربت عليه أو التحدث إليه.

برنامج رقم (٧): الهدف: يرفع رأسه ويبقيها مرفوعة للحظة عند حمله ورأسه مستنداً إلى الكتف:

١) عند حمل الطفل قائماً اسندي ظهره بيدك ثم بالتدرج قللي السند. احتفظي

بيدك قريبة من رأسه ولكن اتركي الطفل ليسند رأسه بنفسه أحياناً لمدة ثوان معدودة.

٢) عند حمل الطفل قائماً اجعلي شخصاً يتحدث إليه أو يصدر أصواتاً بلعبة عند مستوى عينيه ليشجعه حتى يرفع رأسه كلياً.

٣) امشي داخل المنزل وأنت تحملين الطفل إلى كتفك. قفي أمام الأشياء، النافذة، الصور أو أشياء أخرى في مستوى عيني الطفل أو قفي بحيث يستطيع الطفل رؤية نفسه في مرآة.

برنامج رقم (٨):

الهدف: التعرف على احتياجات طفلك من خلال نوع بكائه.

١) استجيبي لبكاء الطفل بسرعة عندما يكون جائعاً أو يحتاج إلى المؤانسة أو إلى تغيير ملابسه.. الخ.

٢) إن الأطفال يختلفون وذو شخصيات مختلفة وكذلك فإن بكاءهم يختلف فتميلي لتعرفي طفلك وأنصتي للاختلافات في بكائه.

٣) انتبهي لبكاء طفلك لأن استجابتك لتواصله هو الذي يبني ثقته في العالم من حوله. فإذا أصدر أصواتا مثل بكاء الجوع فاستجيبي إليه بإطعامه. وإذا أصدر أصواتاً مثل بكاء الألم فحاولي اكتشاف السبب. أنصتي إلى البكاء وحاولي التعرف على ما يحاول الطفل التعبير عنه أثناء ذهابك لتحقيق راحته

برنامج رقم (٩): الهدف: الاستفادة من وقت النوم.

١) تأكدي من أن الطفل قد أطعم وغير ملابسه وينعم بالدفء قبل وضعه في فراشه. قللي الضوضاء والضوء في الحجرة.

٢) ضعي ساعة بجوار مهد الطفل فإن الأصوات المنتظمة ذات التردد المنخفض تهدئ الرضيع.

٣) إذا اضطرب الطفل كثيراً ولم يكن مبتلاً ولا جائعاً فليس من الضروري أن

تحمليه وبدلاً من ذلك إربتي على ظهره برفق أو غني له بنعومة.

٤) هناك طريقة يمكن أن تساعد على تقليل بكاء الطفل أو تهدئة الطفل العصبي وهي أن تهزي ذراعيه وساقيه بلطف وانتظام. هزي ذراعيه أولاً ثم ساقيه حتى يبدأ جسم الطفل في الهدوء.

٥) طريقة أخرى تساعد طفلك على الهدوء هي تدليك الطفل. دلكي ذراعي الطفل برفق أولاً ثم ساقيه وانتهى بدعك الظهر أو بعمل حركات دائرية بخفة حول المقعدة.

٦) إن لعبة أو وسادة لينة أو لعبة تصدر موسيقى تساعد طفلك على النوم عادة.

٧) إن اضطراب النظام أو عدم وجود أوقات منتظمة للنوم من الممكن أن تكون أسباباً لعدم نوم الطفل بصورة مناسبة.

أطفال كثيرون يحتاجون إلى فرصة في نهاية اليوم للاسترخاء وسوف يبكون حتى النوم (البكاء يكون في بعض الأحيان طريقة لتفريغ طاقة التوتر لدى الطفل) ومعرفتك لمزاج طفلك وكيف مر عليه اليوم وماذا يقصد ببكائه سوف يساعدك على تحديد كيفية استجابتك لسلوكه في المساء

برنامج رقم (١٠): الهدف: يتتبع الضوء بعينيه ويدير رأسه

١) امسكي ببطارية صغيرة أمام الطفل مباشرة وبالتدريج حركي الضوء إلى اليمين أو اليسار بداية حركي البطارية مسافة قصيرة فقط إلى اليمين أو اليسار.

٢) عندما يستطيع الطفل تتبعها لمسافة بسيطة ابدئي بتحريكها لمسافة أكبر لليمين أو اليسار.غطي الضوء بألوان مختلفة من الورق الشفاف حتى تستمري في جذب انتباهه.

برنامج رقم (١١): الهدف: تعلم الابتسامة.

١) ابتسمي وأنت تتحدثين إلى الطفل. امسكيه أو ضعيه على بعد ٣. سم على الأقل من وجهك.

٢) ضعي أصابعك أمام وجهك وأديري رأسك من اليمين لليسار وعندما ينظر إليك الطفل أنزلي أصابعك. انظري هل يحرك رأسه ذهاباً وإياباً وأنت تفعلين ذلك أعطيه الوقت ليقلدك وإذا لم يفعل أرشدي رأسه بخفه حتى يقلد ذلك بدون مساعدة.

٣) عندما يستطيع تقليد حركة رأسك.. توقفي فجأة وابتسمي، وانظري هل يرد الابتسامة إليك. أعطيه الوقت الكافي. لا تدغدغيه أو تتحدثي إليه حتى يبتسم فإنك تريدين ببساطة أن يقلد الابتسام وعندما يبتسم توقفي عن الابتسام وانظري إليه بسعادة لمدة خمس ثوان ثم ابتسمي مرة ثانية. افعلي ذلك عدة مرات

٤) ابتسمي وتحدثي إلى الطفل عند تلبية احتياجاته مثلا بعد إطعامه وعندما يستيقظ من نومه.

برنامج رقم (١٢): الهدف: تحريك الذراع.

١) اثني ذراعي الطفل (ذراع واحدة في كل مرة) ناحية وجهه.

٢) إن الأطفال الصغار جداً يلفون عادة في بطانية ولذلك حاولي أن ترتبي أوقاتاً خلال اليوم ليكون الطفل حراً غير ملفوف ليسمح له ذلك بتحريك ذراعيه بحرية. تعتبر الفترة بعد تغيير الملابس للطفل أو أثناء الاستحمام أوقاتاً طبيعية لتشجيع الطفل على دفع وتحريك ذراعيه. شجعيه على ذلك بهز ذراعيه بالتبادل وإعطائه الفرصة لعمل ذلك بنفسه.

٣) عندما يكون الطفل في حجرك أو في كرسيه اجذبي إحدى ذراعيه ثم الأخرى لتكون عند منتصف جسمه ثم لأعلى عند وجهه وذلك بحركة شد خفيفة. غني أغنية من أغاني الأطفال أثناء ذلك.

برنامج رقم (١٣): الهدف: تدريبه على تتبع الأشياء بعينيه.

١) أرقدي الطفل على ظهره وامسكي شيئاً عند منتصف جسمه وحركيه ببطء لليمين واليسار.

٢) اجعلي موضعك في مجال رؤية الطفل، تحدثي إليه وأنت تتحركين بالتدريج لليمين واليسار.

٣) علقي شيئاً متحركاً فوق الطفل مباشرة في مهده. اجعلي طرف ذلك الشئ المتحرك براقاً جداً أو لامعاً حتى يثير انتباه الطفل له. ابدئي بتحريك ذلك الشئ حتى ترى هل يتتبعه الطفل وهو يمر عبر مجال رؤيته أم لا.

٤) ثبتي الطفل في كرسيه ثم ضعي لعبة لامعة ومشرقة على مخدة أو ملاءة وابدئي من أحد الجانبين شديها ببطء على الأرض أمام الطفل. ابدئي بتحريك ذلك الشئ لمسافة بسيطة فقط على جانبي المنتصف عندما يتتبع الطفل اللعبة لمسافة قصيرة باستمرار.. زيدي مسافة الحركة على الجانبين من خط المنتصف.

برنامج رقم (١٤): الهدف: تدريبه على التواصل البصري لمدة ٣ ثوان.

١) اجعلي وجهك قريبا من وجه الطفل. ابتسمي وتحدثي إليه حتى يستمر التواصل البصري.

٢) امسكي شيئاً لامعاً بالقرب من عينيك ونادى باسم الطفل. تحدثي إليه بحيوية لتبقي على تواصل العين.

٣) امسكي الطفل مع وضع رأسه بين يديك بحيث يرى وجهك وشفتيك أنحني ناحيته وابتسمي وأصدري بعض الأصوات المبالغ فيها .

٤) حاولي تركيز كل انتباهك للطفل أثناء إطعامه (لا تتابعي التليفزيون أو تقرئي كتاباً عندما ينظر إليك الطفل شجعيه بالنظر إليه). إن التحدث أو الدندنة بهدوء للطفل أثناء الإطعام تساعده على التواصل البصري.

برنامج رقم (١٥): الهدف يحرك رأسه عندما يرقد على بطنه لأعلى ولأسفل وإلى الجانبين.

١) استخدمي لعبة أو شيئاً وحركيه لأعلى ولأسفل ومن جانب إلى الجانب الآخر حتى يحرك الطفل رأسه للاستمرار في رؤية الشيء

٢) علقي جرساً أو لعبة مطاطية تصدر صوتاً عند مستوى عيني الطفل وبالتدريج حركيه من جانب إلى آخر وإلى أعلى وإلى أسفل حتى يحرك الطفل رأسه.

٣) أثناء اللعب مع الطفل ضعيه على بطنه. أنزلي إلى الأرض حتى يكون وجهك عند مستوى عيني الطفل. حركي رأسك ببطء وتحدثي إلى الطفل حتى يحرك رأسه ليستمر في التواصل البصري.

٤) ألقي ببالونه ذات ألوان براقة في الهواء. سوف يحرك الطفل رأسه ليشاهدها وهي تسقط ببطء.

٥) ضعي الطفل على بطنه لمدة ١٠-١٥ دقيقة في المرة حتى تكون لديه الفرصة لرفع رأسه وممارسة التحكم في الرأس أثناء ملاحظته للبيئة المحيطة.

٦) استعملي اللعب التي تصدر أصواتاً عند جذبها. عندما يكون الطفل راقداً على بطنه اجذبي اللعبة ببطء ذهاباً وإياباً أمام الطفل.

برنامج رقم (١٦): الهدف: يحاول ضرب أشياء بيده.

١) أثناء تبديل ملابس الطفل قدمي شيئاً صغيراً لامعاً على بعد ١٥ سم من عيني الطفل إلى يمينه أو شماله (في الجهة المفضلة بالنسبة له) إذا لم يربت عليه الطفل فادفعي يده بلطف ناحيته.

٢) علقي شيئاً متحركاً في منتصف سرير الطفل وعلقي به أشياء لامعةً ذات أشكال غير منتظمة بأحبال بلاستيكية تأكدي من أن تلك الأشياء على بعد ١٥-٢٠ سم من الطفل حتى يستطيع خبطها إذا ضرب بذراعه دون أن يمسك بالحبل.

٣) أثناء الاستحمام ألمسي يد الطفل بقطعة إسفنج أو قماش ذات ألوان براقة. حركيها ببطء بعيداً عن يد الطفل لترى هل سيحاول الحصول عليها.

٤) عند الخروج للتمشية اربطي بالون هليوم في معصم الطفل. وعندما يحرك ذراعه سوف يتحرك البالون اجعلي الطفل يتحسس البالون بعد ذلك (تحذير: لا تتركي الطفل الصغير مع البالون بدون رعاية أبداً .

برنامج رقم (١٧):

الهدف: يحتفظ برأسه مرفوعاً عندما يكون راقداً على بطنه لمدة ٥ ثوان.

١) ضعي الطفل على بطنه امسكي بلعبة أو شيئاً عند مستوى نظرة مباشرة.

عندما ينظر الطفل إلى ذلك الشئ حركيه تدريجياً لأعلى حتى يرفع الطفل رأسه ليبقي الشئ في مجال رؤيته.

٢) ضعي الطفل على بطنه واجعلي وجهك أمام وجهه مباشرة ثم حركي رأسك تدريجياً لأعلى حتى يرفع رأسه ويحتفظ بالتواصل البصري.

٣) ضعي بشكيراً ملفوفاً أو مخدة صغيرة تحت ذراعي الطفل عندما يكون راقداً على بطنه واستعملي لعبة تصدر صوتاً أو لعبة مدلاة من أعلى أمام الطفل مباشرة بالتدريج حركي اللعبة لأعلى لترى هل سيتتبعها الطفل بعينيه.

٤) اخبطي أو المسي الطفل بخفة تحت ذقنه لتشجعيه على رفع رأسه.

٥) أرقدي الطفل على بطنه لمدة نصف ساعة على الأقل يومياً لتعطيه الفرصة لممارسة الرفع ولا تحكم في رأسه.

برنامج رقم (١٨): الهدف: يناغي عندما يكون مسرورا.

١) بعد إبدال ملابس الطفل أو إطعامه احمليه واحتضنيه. أعملي له أصوات مناغاة ناعمة وعالية ابتسمي واربتي عليه عندما يصدر أصواتاً.

٢) أثناء الاستحمام انفخي بلطف في رقبة الطفل وناغيه بعد الاستحمام أعملي أصوات المناغاة لتهدئة الطفل أثناء تدليكه بالبودرة أو الزيت الخاص بالجلد.

٣) كافئي أي مناغاة يفعلها الطفل بالابتسام وترديد أصواته مرة ثانية ثم توقفي لحظة وانظري هل سيفعل ذلك مرة أخرى استمري في تبادل الدور.

برنامج رقم (١٩): الهدف: إعادة الأصوات التي يصدرها.

١) عندما يناغي الطفل انحنى بالقرب من وجهه ثم أعيدي نفس الصوت عدة مرات بصوتٍ عالٍ ابتسمي للطفل أو احتضنيه أو اربتي عليه عندما يصدر الصوت مرة ثانية.

٢) سجلي ما يتلفظ به الطفل ثم أديري شريط التسجيل أثناء لعبك مع الطفل أو إطعامه. عززي أي أصوات يصدرها الطفل.

٣) أصدري أصواتاً غريبة أو غني أصواتاً متشابهة بصورةٍ متكررة أثناء اليوم أو قبل النوم انظري إذا أصدر طفلك أصواتاً أيضا ثم قلدي أصواته وتوقفي لترى إذا كان سيعيد الصوت مرة ثانية.

برنامج رقم (٢٠):

الهدف: التحكم في رأسه وكتفيه أثناء جلوسه مستنداً إلى الوسادة.

أجلسي الطفل في زاوية الكنبة أو كرسي طري (كرسي له أيدي للسند) أسنديه بوسادة لجعلي رأسه وكتفيه لأعلى وأمسكي بشيء أو لعبة ذات ألوان براقة أمام الطفل لتساعديه على تثبيت انتباهه أثناء محافظته على وضع الرأس لأعلى.

١) عند إجلاس الطفل استعملي يدك في مساعدته على سند رأسه. قللي المساندة التي تعطينها له تدريجيا.وعندما يكون الطفل متحكما في رأسه بنفسه تحدثي إليه وأريه لعبه. وتوقفي عندما يفقد اتزانه ثم ابدئي مرة ثانية.

٢) أجلسي الطفل في صندوق صغير أو في طبق الغسيل وأسنديه بالوسائد. تأكدي أن يديه حرتين ليحركهما. كذلك يجب أن تصل جوانب الصندوق إلى إبطيه على الأقل.

برنامج رقم (٢١):

الهدف: يمسك شيئاً براحة يده لمده ٣. ثانية ثم يطلقه لا إرادياً.

١) أثناء الطعام.. امسكي قطعة من الطعام (قطعة بسكويت) بحيث يراها الطفل والمسي بها راحة يده واتركي أصابعه تطبق عليها ثم أبعدي يدك وعندما يسقطها أعيدي المحاولة ثانية. جربي استخدام أطعمة مختلفة يستمتع بها الطفل.

٢) أعطي الطفل شيئاً مثل البسكويت أو حلقة مفرغة أو شيئاً يمكن أن يُمسك بيد الطفل. لفي أصابع الطفل بخفة حول ذلك الشيء إذا لم يستطع أن يفعل ذلك. لا تجبري الطفل على أن يمسك بالشيء. بالتدريج خففي من ضغطك على أصابعه.

٣) أثناء الاستحمام خذي الليفة المبلولة وضعيها في يد الطفل وانظري إذا حاول أن يمسكها.

برنامج رقم (٢٢)

الهدف: تدريبه على فتح فمه عندما يرى ملعقة مملوءة بالطعام.

١) ضعي الطفل في وضع الإطعام وتأكدي من أنه يستطيع رؤية وسماع تجهيزات الطعام. افعلي ذلك بنفس الطريقة وفي نفس المكان عند كل وجبة. قربي الملعقة ناحية فم الطفل حتى يستطيع رؤيتها.استخدمي التلميحات اللفظية مثل "أفتح فمك" أو "هم....هم" الخ.

٢) إذا لم يفتح الطفل فمه لتوقعه الطعام فافتحي فمه بلطف وأعطيه قضمه وامدحيه أثناء وضع الملعقة في فمه "حسان لقد فتحت فمك وهذا هو طعامك". قللي من المساعدة الجسمانية له كلما بدأ في فتح فمه بنفسه.

٣) حاولي جعل أوقات الطعام أوقاتاً خالية من المتاعب ممتعة لك ولطفلك. خذي الوقت الكافي وتحدثي إلى الطفل وابدئي التواصل البصري بينكما فإذا توقع الطفل ملعقة الطعام فانتظري حتى يفتح فمه قبل أن تطعيمه بدلاً من وضع الطعام بنفسك في فمه.

برنامج رقم (٢٣): الهدف: أن يحافظ على رأسه وصدره منتصبين أثناء رقاده على بطنه مع السند على ساعديه.

١) لفي ملاءة على شكل أسطوانة أو استخدمي مخدة أو وسادة مستطيلة تحت ذراعي الطفل حتى يحافظ على رأسه وصدره منتصبين. استعملي لعبة أو شيئاً براقاً ليتدلى أمام الطفل حتى يرفع نفسه لأعلى لينظر إليها

٢) ضعي صورة ملونة أو لعبة أمام الطفل حتى يحافظ على رأسه لأعلى ليراها.

٣) ضعي مرآة أمام الطفل وشجعيه لينظر إلى صورته.

٤) أرقدي الطفل على بطنه. أسنديه على ساعديه. ساعديه ليسند رأسه بيديك. بالتدريج قللي من سندك له. وكلما وجدت أنه يحاول سند نفسه تحدثي إليه واضحكي وابتسمي وامنحيه كثيراً من التشجيع.

برنامج رقم (٢٤): الهدف: أن يضحك

١) ضعي رأسك برفق على بطن الطفل بدلاً من أن تنظري إليه وجها لوجه. افعلي ذلك عدة مرات حتى يضحك الطفل.

٢) ناغي الطفل ("بو... بو... بو... بو") مع التدرج في رفع الصوت.

٣) املأ فمك بالهواء واضغطي على خديك محدثة صوت "بوب".

٤) انفخي محدثة صوتاً في رقبة الطفل أو ذقنه وأنت تمسكين برأسه أو شعره.

٥) ابحثي عن أماكن أخرى للدغدغة فمثلاً: دغدغي كف الطفل من الداخل أو تحت ذقنه بقطعة قماش (ليفة الاستحمام) أثناء استحمام الطفل.

٦) تأكدي من تدعيم وتعزيز ضحك الطفل وذلك بالضحك بعده أو لمسه أو الابتسام له.

برنامج رقم (٢٥): الهدف: يبدي تمييزه لأفراد العائلة بالابتسام أو التوقف عن البكاء.

١) حددي شخصاً واحداً على الأقل بصورة خاصة (الأب أو الأم أو الجدة أو الجد) يعطي اهتماما خاصاً للطفل بصورة دائمة.

٢) إذا وجد طفلاً آخر بالأسرة مثل أخ أو أخت أكبر منه فاجعليه يعتني بالطفل، فإن الأطفال الصغار يستجيبون عادة بصورة أفضل للصغار الآخرين.

٣) إذا كنت ترضعين الطفل صناعياً فاحمليه بين ذراعيك. فسوف يتعلم التعرف على وجهك أسرع من أن تضعيه في كرسيه أو فراشه فينظر إلى أشياء أخرى بعيدة.

٤) أعطى الفرصة لكل أفراد العائلة للاحتكاك بالطفل والتعامل معه. وضحي للأطفال الآخرين بالأسرة الطرق المقبولة للعب مع الطفل وذلك إذا أظهروا بعض الخشونة أو الإزعاج للطفل.

٥) عند الاجتماعات أو الخروج حين يتعرض الطفل لكثير من الأشخاص

الآخرين لاحظي أن تكوني دائماً بالقرب من الطفل بحيث يستطيع رؤيتك وسماع صوتك.

برنامج رقم (٢٦): الهدف: يحاول التقلب باستخدام الكتفين.

١) ارفعي كتف الطفل على الناحية التي تريدين أن ينقلب إليها وذلك بوضع مخدة تحت الكتف أو شد ذراع الطفل برفق لبدء التقلب.

٢) ضعي الطفل على ظهره. قفي أو اركعي خلف رأس الطفل وامسكي شيئاً ملوناً مربوطاً في حبل فوق الطفل بحيث يراه وبالتدريج حركية للجنب عند قمة رأس الطفل إلى أن يصبح خارج نطاق رؤيته. حركي ذلك الشيء ببطء وأعطى الطفل الوقت ليتتبعه. إذا انقلب الطفل فاتركيه يأخذ الشيء ليلعب به. كرري ذلك من الناحية الأخرى.

٣) ضعي الطفل على بطنه. شدي الطفل من ظهر قميصه أو ملابسه برفق حتى تبدأ حركة الكتف.

٤) بعد تغيير ملابس الطفل على الأرض أو على سطح واسع (مثل السرير) شجعيه على التقلب وذلك بوضع لعبة جذابة أو شيئاً أبعد قليلاً من متناول يده استخدمي كلمات التشجيع أو هزي اللعبة...الخ. اربتي على ذراع الطفل أو كتفه لمساعدته على التحرك ناحية اللعبة. أعطى اللعبة للطفل عندما ينقلب.

برنامج رقم (٢٧)

الهدف: يحرك إبهامه في مقابل الأصابع الأربعة الأخرى.

١) عادة ما يلعب الأطفال بحلمة زجاجة الرضاعة وذلك بقرصها بين أصابعهم.

٢) أوجدي شيئاً صغيراً ذا ملمس شيق. تأكدي من أن حجمه يناسب يد الطفل. اجعلي الطفل يحاول التقاطه.

٣) أثناء الطعام... ضعي بعض الزبيب أو قطع صغيرة من البسكويت أو الجبن أمام الطفل ليلتقطها.

٤) في بعض الأحيان تكون الأشياء الأكبر أكثر فائدة في مساعدة الطفل على وضع إبهامه في مقابل الأصابع الأخرى. ولكن لا تتوقعي من الطفل أن يلتقط شيئاً كبيراً أو ثقيلاً حيث إن الهدف هنا هو أن يقبض على الشيء باستخدام إبهامه منفصلاً عن الأصابع الأخرى. والكرة الكبيرة أو المكعب اللعبة يمكن أن يكون مناسباً ذلك.

برنامج رقم (٢٨): الهدف: أن تجعله يناغي

أنشطة مختلفة :

١) إن بعض الأصوات الأولى لمناغاة الطفل عاده ما تكون با، ما، دا، فعندما يناغي طفلك أعيدي تلك الأصوات بتكرارها له ليسمعها.

٢) نطي الطفل ودحرجيه لإصدار الأصوات. كافئيه على الأصوات التي يفعلها.

٣) أنشدي ودندني له وأنت تحتضنيه.

٤) أحضري كتاباً بسيطاً لتقرئيه له قبل النوم أو القيلولة. أصدري أصواتاً وتحدثي عن الصور عندما يحاول طفلك إصدار أي صوت... وبيني انفعالك لأصواته ولاحظي إعادة تلك الأصوات توقفي لحظة لترى إذا كان سيعيدها مرة أخرى.

برنامج (٢٩): عنوان يكرر صوت لأشخاص آخرين

ماذا تفعل

١) إصدار أصوات تصاحب لعبة أو نشاط جسمي مثل صوت حيوان مثلا خروف أو كلب أو صوت قطة.

٢) تقول صوت مثل أه وتطلب من الطفل أن يقول أه قول هذا الصوت معه ومكافئة بالمدح أه وردد الصوت طقطق باللسان، صفق بالأيدي، ونفخة الهواء وهكذا.

٣) تقول أصوات متحركة مختلفة للطفل أو كرر كل صوت على حدة واسمح للطفل ببعض الوقت ليكرر ابدأ بتدعيم اى صوت قريب للصوت المطلوب تكراره.

٤) ابتسم للطفل واجعل النشاط ممتع له، احضنه وهزه أثناء تأديته النشاط
٥) استخدم أصوات تؤدى بالشفاه حيث تكون أكثر سهولة وأكثر وضوحا " ب-م"
٦) اختار أصوات يصدرها الطفل بتلقائية أثناء التلاعب بالأصوات قول له هذه الأصوات واجعله يكررها ثم ابدأ معه أصوات ولجعله يكررها ثم ابدأ معه أصوات لا يصدرها بتلقائية واجعله يكرر هذه الأصوات و يقلد الصوت الجديد الذي تقوله.

برنامج (٣٠): تكرار نفس المقطع مرتين أو ثلاثة (ما، ما، ما)

ماذا افعل؟

تكرار أصوات مرة ومرة يعاد التكرار، بصوت عالي ثم منخفض في أذن الطفل. كرر صوت مرتبط بنشاط لعب أو في شكل لعبة مثل "بوم بوم" توت توت.

بعدما يكرر الطفل الصوت، امدحه وكرر أنت هذا الصوت عندما يكرر الطفل صوت واحد مثل "ما" بسرعة قلده كرر الصوت مرتين وشجعه أن يقول أصوات معك.

برنامج (٣١) العنوان: الاستجابة للإيماءات (إشارات، حركات) إيماءات

ماذا تفعل؟

تعليم الطفل كيفية تقليد حركاتك أو إيماءاتك، وضح للطفل ماذا يفعل بأخذ يديه ومساعدته على المشاورة باى باى تصفيق بيديه وتدريجيا قلل المساعدة باكتساب الطفل المهارة وامدحه في كل مرة يقلد بالمساعدة أو بدونها.

عندما تقول "لا" للطفل، هز رأسك في نفس الوقت وضح للطفل كيفية أداء النشاط مساعده بمسك يديه أو جسمه وقل له ماذا يفعل؟

وضح للطفل النشاط مرة أخرى وشجعه على لأداء بدون مساعدة بدنيه ولكن قل له ماذا يفعل؟. ثم وضح ماذا يفعل؟

وقول له "أنت تفعله (بدون ما تقول له ماذا يفعل أو حتى تلمسه)

برنامج (٣٢): العنوان الاستجابة للأمر البسيط المصاحب بالحركة أو الإشارة

ماذا تفعل؟

١) وضح للطفل كيف يتبع الأمر ثم مساعدته للقيام بتنفيذ الأمر بدنيا قل له: اسمع، مستعد، قبل إعطاء الأمر، بعد تأديته النشاط بالتوجيه، قل له "كويس"

٢) أنشطة أخرى:

أ- أديني يديك وقدم يديك له.

ب- أحذف الكرة وقم بعمل نموذج للنشاط ومد يديك لمسك الكرة.

ج- اجلس وشاور على الكرسي.

د- هات وشاور على الشئ. مثلا أشرب ميه أستاذ جمال عبد الناصر يشرب ميه.

هـ- محمود بتشرب ميه، ميه حلوه، ميه لذيذه، محمود بيحب شرب العصير، عصير لذيذ، عصير حلو، محمود يحب يتكلم ويقول ماما طيبه ماما حلوه.

برنامج (٣٣): العنوان: إيقاف النشاط على لأقل مؤقتا عندما تقول له "لا" ٧٥٪ من الوقت

ماذا تفعل

١) تقول كلمة " لا" بحزم

٢) ابعد أيدي الطفل أو الطفل نفسه عن الشئ وأنت تقول "لا"

٣) برفق أضرب يد الطفل وأنت تقول "لا".

٤) امدح الطفل عندما يستجيب إلى "لا"" اجعله يعرف انك سعيد به لإتباع أمرك.

٥) اجعل أحد أفراد العائلة نموذج للطفل عندما يلمس شئ أو يفعل شئ يستدعى "لا" من الأهل وعندما يتجاوب هذا الفرد إلى "لا" امدحه هذا يعطى للطفل سلوك يمكن أن يقلده وستعرض عواقبه.

برنامج (٣٤): العنوان: يجاوب أسئلة بسيطة بإجابة غير لفظية

ماذا تفعل

١) اجعل الطفل يقلدك، يلمس أو يشاور

٢) عندما تسأل سؤال مثل "فين كرتك؟" أمشى مع الطفل إلى الكرة وقول "أهى كرتك" أو امسك يد الطفل وأنت تسأله "فين انفك؟" واضع يده أو إصبعه على انفه. انفك (منا خيرك) كويس أوى

٣) اسحب المساعدة تدريجيا والطفل يكسب المهارة

٤) عندما يهتم بالطفل اسأله "عاوز فوق؟" وانتظر حتى يمد ذراعيه ليرفع قبل التقاطه لأعلى.

٥) عندما تقدم أكل أو لعبه قول له "عاوز......؟ انتظره حتى يشير إلى الشئ بمحاولة الوصول إلى هذا الشئ. امدحه وأنت تعطيه اللعبة أو الطعام.

برنامج (٣٥): العنوان: ربط بين مقطعين مختلفين في التلاعب بالأصوات

ماذا تفعل.

١) تقول تسلسل من مقطعين مختلفين للطفل ابدأ بتكرار نفس المقطعين (يا – كا) عدة مرات وشجعه على التكرار دعم الطفل بالمدح، حضن، حلوى عندما يفعل ذلك عندها يتقن هذين المقطعين، غير إلى مقطعين آخرين بداية دعم اى صوت تقارب للصوت الذي تريده وتدريجيا أطلب صوت أكثر تقريبا للصوت المطلوب تقليده

٢) اربط النشاط السابق مع أنشطة لعب مثل لعبة تصدر صوت أو أنشطة بدنية.

٣) استمع إلى الأصوات التي يصدرها الطفل وهو في سريره أو مقعده عندما يربط مقطعين مختلفين تأكد من تدعيم سلوك بالمدح، اللمس وتكرار المقاطع مباشرة بعدما يقولها الطفل.

برنامج (٣٦): العنوان: تقليد أنماط لدرجة صوت الآخرين

ماذا تفعل

١) تحكى حكاية بسيطة مع تغير درجة أو طبقة الصوت في النطق (الكلاب تقول وواو، ووف هوواء هوهو).

٢) العب لعبة "اتبع القائد" تغنى أغاني أو جزء من اغانى الأطفال المألوفة بصوت عالي، بالهمس وشجع الطفل على الاشتراك في التقليد، تقليد نفس تغيرات الصوت.

٣) امدح الطفل أثناء تغير طبقة ودرجة الصوت وتقول "كويس أوى، جيمي" (اسم الطفل الذي تلعب معه).

٤) العب ألعاب مثل "صفق صفق يا دبدوب" وبالغ في النمط وأنت تلعب اللعبة.

٥) قول "أوه – أوه" بزيادة درجة الصـوت في المقـطع الثـاني واجعل الطفل يقـلدك.

٦) استخدم صندوق صغير ب دمية تقفز بزنبرك عند فتح الغطاء أو لعبة صغيرة مع كوب المص اللتر تنط لأعلى والأعلى وإصدار درجات مختلفة من الصوت عندما تفتح العلبة وهكذا.

برنامج (٣٧): العنوان: استخدام كلمة واحدة بمعنى لتسمية شئ أو شخص

ماذا تفعل

١) استخدام ٣-٤ أشياء مألوفة (لبن، ماء، لبس، لعبة) تسمى كل منهم. اطلب من الطفل أن يسمى كل منهم عندما تشاور عليه أخفى أشياء في الحجرة واطلب من الطفل أن يجدهم عليه أخفى أشياء يجده. اقبل أي كلمة تقارب الكلمة المطلوبة اى تقريب لهذه الكلمة

٢) تسمية هذه الأشياء بوضوح في الرعاية لبن، بلوزة، حذاء، بسكويت.

٣) تسمية أجزاء الجسم، عين، أنف، أصابع، أسنان الخ اطلب من الطفل أن

يشاور على كل منهم وتسمية كل منهم.

٤) بعدما يستطيع الطفل تسمية الشئ في الموقف المناسب ابدأ بطلب استخدام الكلمة بمعنى أن يستخدمها الطفل في طلب الشئ عندما يصل الطفل للشئ قول له الكلمة واجعله يكررها بعدك

٥) استخدمها لعب صغيرة يمكن التحكم فيها وتحريكها بسهولة لَخفى الشئ واحضره مرة أخرى أنت تقول اسم الشئ كرر هذا التصرف واسمع للطفل بعض الوقت ليقول اسم الشئ

٦) اختار ٣-٤ أشياء يحبها الطفل ابعد هذه الأشياء بعيد عن نظر الطفل احضر شئ واحد أمامه اسمع له باللعب بهذا الشئ في وقت قصير ثم احضر شئ أخر وقول له "انظر هذا......" مع تسمية الشئ، مع تبديل الشئ باستمرار وذلك لترى إذا كان يستطيع الطفل تسمية الأشياء عندما تقدمهم مرة أخرى له بعد أن قمت بتسقيتهم عدة مرات

برنامج (٣٨): العنوان: يصدر أصوات استجابة لكلام شخص أخر

ماذا تفعل

١) تكلم مع الطفل أثناء تأدية الأنشطة اليومية تسمية أشياء، طعام، ملابس. تسمية أنشطة تؤديها بنفسك مع الطفل.

٢) انظر إلى الأشياء وكتب بها صور اطلب من الطفل أن يعرض لك الأشياء والصور اقرأ للطفل.

٣) اطلب من الطفل أن يقول لك ماذا حدث "باى أمشى" "العب كرة".

٤) قول "أهلا" و"باى" للطفل عندما تدخل للطفل وعندما تخرج.

٥) أثناء لعبك مع الطفل دعم الأصوات

ثانياً : عزيزي القارىء نقدم الآن

برنامج إرشادي عام للتنبيه اللغوي العام لأسرة طفل متلازمة داون.

ويعتبر إرشاد الأسرة طور هام من أطوار العلاج الشامل في برنامج علاجي نلك لما للأسرة والأبوين من تأثير في حياة الفرد فهما يمثلان القدوة التي يحتذي بها، وهما اللذان يرسيان القواعد التي تحكم حياة المنزل، كما أن لهما دوراً هاماً في تنمية وتطوير اللغة لدى الطفل.

ويهدف هذا البرنامج الإرشادي إلى إرساء قاعدة يبدأ منها تغيير السلوك وتكوين فكرة عن طبيعة المشكلة التخاطبية وطرق علاجها وإتاحة جو للتنفيس عن الأسرة وتوفير الدعم لها علاوة على المساعدة في إيجاد حلول للمشاكل الأخرى وثيقة الصلة بالمشكلة الكلامية.

ومن خلال إتباع وتنفيذ نقاط هذا البرنامج نستطيع أن ننمي قدرات الطفل المختلفة، المعرفية والإدراكية والاجتماعية والسلوكية بجانب تنمية القدرات اللغوية. ويتم تنفيذ هذا البرنامج بمساعدة كل أفراد الأسرة وعلى هذا فإن تنفيذ هذا البرنامج ليس قاصراً على الأم وحدها، وإن كانت هي المشارك الأساسي فيه، وإنما كل أفراد الأسرة المحيطين بالطفل مطالبين بالمساعدة.

إن تأخر نمو اللغة بوجه عام أو وجود عيوب في النطق من السمات المصاحبة لطفل متلازمة داون لذلك:-

أولا: يجب على الأسرة أن تتعرف على درجة تأخر الطفل في اللغة، وكذلك على ما يجب إتباعه لتعويض هذا التأخر.

ثانيا: يجب أن تعلم الأسرة أن بناء لغة الطفل عملية بطيئة وعلى هذا فإن تنفيذ برنامج التنبيه اللغوي يحتاج إلى وقت وصبر بمعاونة الأسرة.

ثالثا: يجب على الأسرة أن تدرك من البداية أن تنمية لغة الطفل لا تكون بالوسائل الطبية التقليدية من أدوية أو عمليات جراحية، وإنما من خلال جلسات التخاطب التدريبية.

رابعاً: يجب على الأسرة أن تلتزم بالآتي:

١) أن تتقبل طفلها وترضى بما قسمه الله لهم، وذلك لأن رفض الطفل وعدم تقبل الأسرة له يعتبر عائقاً كبيراً في سبيل تنمية لغته وقدراته المختلفة. ويجب أن تعلم الأسرة أن طفل متلازمة داون قابل للتعليم والتدريب في آن واحد فيجب ألا تفقد الأسرة ثقتها بالطفل.

٢) تقديم المساعدة الكاملة من قبل كل أفراد الأسرة للطفل وعدم الاعتماد على ما يقدم للطفل من خدمات في المركز فقط، فيجب أن يكون أفراد الأسرة وأعضاء المركز فريق واحد يكون هدفه هو العمل على الوصول بالطفل إلى أرقى المستويات وأفضلها. أي الوصول بالطفل إلى بر الأمان، ونقصد هنا بكلمة بر الأمان:

أ- أن يكون الطفل قادراً على التواصل اللفظي مع أفراد بيئته المحيطة به وأفراد المجتمع عن طريق المحادثة الجيدة والتي يتمكن من خلالها القيام بالتعبير عن احتياجاته باستخدام اللغة.

ب- أن يكون مؤهلاً للاندماج والتفاعل مع بيئته ويكون فرد منتج وليس مستهلك فقط.

ج- تنمية قدراته الذهنية والمعرفية والإدراكية والإجتماعيه والتي تؤدى بدورها إلى تنمية القدرات الأكاديمية لدى الطفل وهي محاولة تعلم مبادئ القراءة والكتابة والقيام بإجراء بعض العمليات الحسابية البسيطة في بادئ الأمر والتي تتدرج بعد ذلك في الصعوبة.

٣) عدم اعتماد الأهل على فرد واحد فقط من أفراد العائلة، وترك مهمة تدريب الطفل وتنفيذ إرشادات المركز لفرد واحد. ولكن يقع العبء الأكبر على الأم وذلك لما حباها الله سبحانه وتعالى من رحمة ورقه في التعامل مع طفلها عامةً.

٤) الانتظام في الحضور للجلسات وذلك لأن عملية التعليم والتدريب عمليه متسلسله بنائية، وتعتمد اعتمادا كلياً على عامل الحداثة والتذكر، وخاصة أن فئة متلازمة داون معرضين دائما إلى فقدان ونسيان المعلومات المتعلمة.

فيجب أن تكون هناك استمرارية في عملية التعلم والتدريب.

٥) يجب على الأهل الالتزام بالحضور إلى المركز في الوقت المحدد بالضبط حتى يستفيد الطفل استفادة كاملة بكل الوقت المخصص له.

خامساً: البدأ في العلاج التخاطبي:

أ) تعتبر أول خطوه في عملية العلاج هي تعديل السلوك للطفل، وهو تقويم أي سلوك خاطئ عند الطفل، أي تغيير أي فعل أو أداء يصدر من الطفل ويكون غير مقبول لدى الأهل ويرفضه المجتمع، وإبداله بالسلوك السليم السوي.

ويأتي هذا عن طريق ما يلي:

١- عدم تدليل الطفل والإفراط في ذلك ومحاولة إرساء المبادئ والقيم السليمة والتي يقبلها المجتمع وذلك من الصغر لأن من شب على شئ شاب عليه.

٢- عدم الاستجابة لكل طلبات ورغبات الطفل الصحيح منها والخطأ، وذلك عن طريق رقة قلب الأم والأب بسبب إعاقته. فهذا الأسلوب مرفوض فيجب أن نتعامل مع الطفل معاملة الطفل الطبيعي.

٣- عدم الاستجابة لبكاء الطفل وتلبية رغباته الخاطئة لأنه إذا استجاب الأهل لبكائه فسيظل يستخدم الطفل هذا الأسلوب في الحصول على كل ما يريد.

٤- استخدام أسلوب الثواب والعقاب مع الطفل عن طريق التعزيز باستخدام المدعمات، ونقصد هنا بالثواب هو إعطائه مكافأة على الفعل الحسن، وحرمانه من ما يحب على الفعل السيئ وهذا هو العقاب.

٥- السعي على دمج الطفل بالحياة الاجتماعية مع إعطائه قدراً من المسئولية وبذلك يكون الطفل مهيأ لاستقبال المعلومات والأساليب التعليمية والتدريبية.

ب) **يبدأ برنامج التنبيه اللغوي بأن:**

١- محاولة محاورة الطفل والتقرب منه بالعطف والمحبة.

٢- التعليق على كل نشاط يفعله الطفل، أو نفعله له، أو نفعله أمامه، أي ترجمة جميع النشاطات اليومية التي يقوم بها الطفل إلى حوار. ولكن

يجب أن يكون كلامنا في صورة جمل قصيرة وبطيئة وبسيطة، وعلى أن تعاد هذه الجمل عدة مرات بأشكال مختلفة بدون أن نطلب من الطفل أن يقول أو ينطق أو يكرر ورائي.

٣- مراقبة رد فعل الطفل تجاه الأحداث اليومية.

٤- عدم استخدام لغة الإشارة والإستجابه لإشارات الطفل حتى لا يتعود على هذه اللغة ويترك محاولة إصدار كلمات للتعبير عن زغباته واحتياجاته.

٥- من الأشياء الهامة التي عادة نبدأ بها في برنامج التنبيه اللغوي تعريف الطفل بأفراد أسرته، أجزاء جسمه، النشاط اليومي، الأثاث والأشياء المحيطة به، والطيور والحيوانات، أي كل الأشياء المحيطة به في بيئته.

٦- تخصيص وقت معين للطفل يوميا يقوم الأهل أثنائه بالمحادثة التعليمية مع الطفل، وذلك بالجلوس مع الطفل واستخدام الألعاب والوسائل التعليمية المختلفة والتي تجذب الطفل، والتي نسعى من خلالها للوصول إلى هدف تعليمي محدد وذلك عن طريق تطبيق البرنامج المناسب للطفل من قبل الأخصائيين.

ولكي يتم تنفيذ برنامج التنبيه اللغوي يجب أن يتم من خلال لعب الأطفال حتى لا يشعر الطفل بالملل و يتلقى الرسالة اللغوية في سعادة أي يستمتع و يتعلم في آن واحد.

يجب أن تكون طريقة الجلوس مع الطفل وجها لوجه وذلك باستخدام منضدة وكرسي لكل من الطفل و الأم أو أحد أفراد العائلة، وذلك لكي تكون هناك نظرة عين إيجابية بين كل من الطفل والأم، والتي تساعد الطفل كثيراً في اكتساب المعلومة بشكل بسيط وسلس ويتم الاحتفاظ بها أيضا بشكل جيد. ويجب ألا تكون هناك أي مثيرات أخرى في الحجرة لكي لا تشتت انتباه الطفل. يجب على الأهل أولا التركيز على بناء لغة داخلية للطفل سليمة، بمعنى أن يدرك الطفل للأشياء وللمعنى فيجب أن يفهم أولا و ينطق ثانيا. أي يجب أن يفهم الطفل ما يقول لكي لا يردده فقط دون فهم.

وعلى هذا فإن لغة الطفل ا تكون من خلال تعليم الطفل كيفية نطق بعض الأصوات (الحروف) مثل الباء – الميم أو خلافة وإنما هي عملية شاملة.

يجب على الأسرة تشجيع الطفل على الكلام وإعطائه الوقت الكافي للتعبير عن ما يريد، ولا يسارعوا بتلبية طلباته بمجرد الإشارة إليها حتى يشعر الطفل بأهمية الكلام من حيث أنه الوسيلة التي يستطيع من خلالها الحصول على احتياجاته ولكن بدون أن نطلب منة أو نضغط علية بأن ينطق أو يقول. فيجب عدم الضغط عليه لأن ذلك ستكون له نتيجة عكسية.

عندما ينجح الطفل في نطق أي نشاط لغوى جديد يجب تشجيعه بقوة حتى يشعر بأن الكلام شئ له قيمة عظيمة بالنسبة للأهل ويكافئ عليه فيستمر في المحاولة، وعندما يخطئ لا نبه إلى الخطأ بطريق مباشر، وإنما نعيد الكلمة الصحيحة مرة أخرى أمامه من خلال عدة جمل بدون أن نطلب منة أن يقول أو ينطق.

يجب على الأسرة أن تتحاشى الكلام مع الطفل بلغته الطفو ليه و ذلك حتى نزيد من مفرداته وحتى يصحح نطق كلماته لأنة لو ظل يسمع الكلمة خاطئة كما نطقها من أين له بالنطق الصحيح لتعلمه. فيجب أن نتكلم معه باللغة العادية كالآخرين.

عدم الضحك وَالتعليق على حديث الطفل عندما يحاول الحديث. على الأم أن تكتب ملاحظاتها أو أي أسئلة تحتاجها وذلك يؤخذ كدليل على جدية القيام بالدور الرئيسي في برنامج التنبيه اللغوي العام ولاستكمال النقص أو إصلاح أي خطأ في تنفيذها في الوقت المناسب.

إذا كانت هناك أية تساؤلات أو اقتراحات من قبل الأهل، أو لو كانت هناك أية مشكلة يتعرض لها الطفل يجب على الأسرة إطلاع الأخصائي واستشارته والعمل على حلها معا. وفي النهاية يجب على الأسرة أن تتذكر أن:

١) معظم أطفال متلازمة داون قابلون للتعليم والتدريب.

٢) أطفال متلازمة داون في حاجة دائما إلى عملية تكرار مستمرة للمعلومات المراد تعليمها للطفل. فمهمة الأسرة مع الطفل هو التكرار المستمر، وأيضاً التكرار للمعلومات المتعلمة بالفعل وعدم إهمالها حتى لا تنسى.

٣) يجب على الأهل ألا يضغطوا على الطفل للجلوس معه لمدة طويلة للتدريب، ولكن يتركوا الطفل عندما يشعرون بملله والعودة مزه أخرى. وأن تزيد مدة الجلوس معه تدريجياً.

٤) يجب على الأهل أن يحيطوا الطفل بجو من المتعة والفرح والبهجة لأن الأطفال عامة يتقبلون المعلومة المصحوبة بنوع من المتعة وينفرون من المعلومة المقدمة في صورة أوامر.

١- برنامج لتنمية الانفعالات والعواطف لدى الطفل المصاب بالتوحد.

	يصر على تكرار السلوك ويرفض التغيير في البيئة أو الروتين		صعوبة في الاختلاط مع الأطفال الآخرين مثل إخوانه أو أقرانه في مثل سنه.
	لا يخاف من المخاطر المحيطة		ضحك وقهقهة غير مناسبة وغير مطلوبة منه أصلا بدون سبب.
	يلعب بطريقة شاذة ولمدة طويلة غير مدرك للوقت لعب نمطي تكراري		ضعف أو انعدام التواصل البصري
	ترديد الكلمات التي يسمعها (يردد كلمات أو عبارات بشكل تسجيلي)		يظهر عليه عدم الشعور بالألم

	لا يريد أن يحضن أحداً، ولا أحد يحضنه		يفضل البقاء وحيداً
!Error	لا يستجيب للايماءات اللفظية (يتصرف وكأنه أصم)		يدور الأشياء
	لا يستجيب لطرق التدريس التقليدية	نشاط بدني مفرط أو خمول بدني يغلب عليه طابع النوم من العيار الثقل	نشاط بدني مفرط أو خمول بدني
	نشاط بدني مفرط أو خمول بدني.	ABC	لا يستجيب لطرق التدريس التقليدية.

الحاسوب يساعد مصابي التوحد:

إن إحدى التطبيقات المهمة للحاسوب في العملية التربوية تتمثل في استخدامه لأغراض التدريس. فالتدريس بمساعدة الحاسوب، طريقة من طرق التعليم المباشر والتفاعلي يقدم فيها دروساً مبرمجة إلى المتعلم عن طريق شاشة الحاسوب، وما يجعل هذا النوع من التدريس ممكناً في الوقت الراهن هو توفر حواسب صغيرة الحجم، وغير مكلفة ومرنة، بحيث يمكن وضعها في الصفوف بسهولة والتعامل معها بمرونة وبطريقة عملية.

تبعاً لهذا النموذج في التدريس، يتم تخزين برامج تدريسية محددة في ذاكرة الحاسوب، ويجلس الطالب أمام الحاسوب الذي يعرض له معلومات ويطرح عليه أسئلة. ويستجيب الطالب بالضغط على المفاتيح أو بالإشارة إلى الجواب على

شاشة عرض فيديو. ويقوم الحاسوب بتقييم استجابة الطالب إلى جزء جديد من البرنامج. وقد يشمل البرنامج عروضاً بيانية، أو شرائح، أو أشرطة تسجيل، أو أفلاماً. ويوجه الطالب لإتمام البرنامج خطوة فخطوة.

وقدم كل من فوكل وملهيل عرضاً وافياً لمبادئ التعليم التي يستند إليها التدريس بمساعدة الحاسوب في مجال التربية الخاصة ومن المبادئ التي يوضح هذان المؤلفان تطبيقاتها التكنولوجية نذكر:

١) التعلم الزائد: والذي يقضي بممارسة الطالب للمهارة إلى مستوى يفوق الإتقان المبدئي ليصل مستوى الأداء التلقائية. واستناداً إلى هذا المبدأ، فإن البرامج التعليمية المحوسبة تصمم بطريقة تسمح للطالب بالتقدم حسب سرعته الشخصية، وبالممارسة الفردية للأنشطة بأشكال متنوعة.

٢) التدريس بواسطة الأقران: فبرامج الحاسوب تساعد في تنظيم جلسات التدريس من هذا النوع، وتمكن الرفاق المدربين من تقديم المعلومات، والتغذية الراجعة.

٣) التعلم التعاوني: فبرامج الحاسوب تساعد الطلبة في العمل ضمن مجموعات صغيرة. التعلم التعاوني بمساعدة الحاسوب أكثر فائدة وأكبر أثراً من الاستخدام الفردي للحاسوب من حيث التحصيل الأكاديمي والسلوك الاجتماعي على حد سواء.

٤) متابعة مستوى التقدم: فبرامج الحاسوب تقدم مساعدة إضافية للطلبة ليتمكنوا من تحقيق الأهداف التعليمية، وتسمح برصد التغيرات في أدائهم مما يوفر قاعدة من المعلومات حول مستوى التقدم الذي يحرزونه.

فاعلية التدريس بمساعدة الحاسوب:

قدمت البحوث العلميّة أدلة كثيرة على فاعلية التدريس بمساعدة الحاسوب عندما يستخدم كأسلوب لدعم التدريس التقليدي وليس كبديل له في التربية العامة وفي التربية الخاصة على حد سواء.

فالتدريس بمساعدة الحاسوب يعمل على توفير الوقت بشكل ملحوظ. وقد ركزت الأدبيات المتصلة باستخدام التكنولوجي مع الطلاب المعوقين على الفاعلية الأكاديمية للتكنولوجيا التعليمية. فقد راجع بعض الباحثين الأدبيات ذات الصلة مستخدمين التحليل الدقيق وأشاروا إلى عدد من المشكلات المرتبطة ببحوث التعليم بمساعدة الحاسوب. وقد تم دعم التعليم بمساعدة الحاسوب كطريقة لزيادة الأداء الأكاديمي للطلاب المعوقين بالمقارنة مع التعليم بالطرق التقليدية.

التدريس بمساعدة الحاسوب والتدريس التقليدي:

منذ النصف الأول من عقد الثمانينات في القرن الماضي نشرت دراسات تقارن بين التدريس بمساعدة الحاسوب والتدريس التقليدي في مجال التربية الخاصة. وركزت تلك الدراسات على تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة مهارات القراءة والحساب.

وأشارت نتائج تلك الدراسات الأولية إلى أن التدريس بمساعدة الحاسوب لم يكن أكثر فعالية من التدريس دون استخدام الحاسوب. وقد برر الباحثون ذلك بتدني نوعية البرامج التعليمية المنفذة بمساعدة الحاسوب. وعلى وجه التحديد، وجهت انتقادات شديدة إلى البرمجيات التي تم استخدامها لأنها لم تأخذ بالحسبان المتغيرات ذات الأهمية في التدريس الفعال مثل: نوعية التغذية الراجعة وكميتها، والاختيار الواعي للأمثلة، والممارسة والمراجعة التراكمية.

وقد استجابت البحوث بعد ذلك للانتقادات، فأصبحت تعمل على مراعاة المتغيرات ذات العلاقة بتصميم التدريس. وقد أشارت نتائج هذه البحوث إلى أن توظيف مبادئ التعلم الاتقاني أدى إلى زيادة فاعلية التدريس بشكل ملحوظ مما جعله أكبر أثراً من التدريس التقليدي باستخدام الكتب المقررة، وأوراق العمل، وما إلى ذلك.

واستناداً إلى هذا النجاح، سعت عدّة دراسات إلى مقارنة الوسائط المتعددة بأساليب التدريس التقليدي. وعلي أي حال، فلم تسلم الدراسات ذات العلاقة بالوسائط التكنولوجية من الانتقاد بسبب الضعف المنهجي، وإدراكا منهم لعدم فاعلية

البرمجيات التعليمية المتوفرة، شرع الباحثون في ميدان التربية الخاصة بتطوير برامج محاسبية خاصة أو تعديل البرامج المتوفرة.

وقد استند الباحثون في ذلك إلى المنحى السلوكي في التدريس الذي يركز على تحديد وتعريف الاستجابات المستهدفة بدقة، واستخدام مبادئ التشكيل، والتغذية الراجعة والاستراتيجيات المعرفية. وقد أفادت الدراسات بأن تصميم التدريس وتنفيذه أكثر أهمية من الوسط التعليمي.

التدريس بمساعدة الحاسوب والدافعية:

لا يعاني الطلبة المصابون بالتوحد من مظاهر عجز شديدة في المهارات الأساسية فقط، ولكنهم يعانون أيضاً من نقص في الدافعية مما يؤثر على أدائهم. ولهذا فإن ضمان استفادتهم من التدريس يتطلب مشاركتهم في البرامج التدريبية المنفذة بمساعدة الحاسوب. ويحتل الأمر أهمية خاصة في مختبرات الحاسوب، حيث يصعب على المعلمين متابعة كل طالب على حدة بنجاح.

وبناء على ذلك، فقد سعت مجموعة من الدراسات إلى استكشاف أثر بعض البرامج المحاسبة على الدافعية وتحديد علاقة ذلك بتعلم الحقائق الحسابية والمفردات. إضافة إلى ما سبق، يعزو الباحثون الضعف النسبي في تأدية الألعاب المنفذة بالحاسوب إلى العجز عن الانتباه. وتبعاً لذلك، فإن الطلبة المصابين بالتوحد أقل قدرة من الطلبة العاديين من حيث التركيز على عنصر الممارسة في البرامج.

التدريس بمساعدة الحاسوب والتغذية الراجعة:

أشارت بحوث التربية الخاصة عير المستندة إلى التكنولوجيا منذ زمن طويل إلى أهمية التغذية الراجعة كمتغير تدريسي حيوي بالنسبة للطلبة المعوقين. وقد اقترحت كل من البحوث الارتباطية وبحوث الملاحظة أن التغذية الراجعة في هذه الدراسات تعني إما معلومات مكررة (مثل: التلميحات البصرية أو اللفظية) أو التغذية الراجعة التصحيحية الفورية (مثل: ح/خطأ).

وقد أيدت البحوث اللاحقة استخدام التغذية الراجعة. فعلى سبيل المثال، بدلاً من الاكتفاء بإبلاغ الطالب بالإجابة الصحيحة، بينت الدراسات أن التغذية الراجعة الإستراتيجية (أي المراجعة الموجزة للخطوات أو الاستراتيجيات اللازمة للإجابة عن سؤال أو حل مسألة حسابية) طريقة أكثر فاعلية لخفض الأخطاء ومساعدة الطلبة على إتقان المهارات.

كذلك فإن الدراسات المتصلة باستخدام الحاسوب لتقديم التغذية الراجعة التصحيحية البسيطة توصلت إلى نتائج متناقضة فقد بينت البحوث أن التغذية الراجعة الفورية أكثر فاعلية من التغذية الراجعة المؤجلة. ولكن التدريس بمساعدة الحاسوب يؤدي إلى زيادة معدل انهماك الطلبة بالمهمات التعليمية.

وتوصلت دراسات أخرى إلى نتائج مختلفة، فأشارت إلى أن تعليم المهارات البسيطة بمساعدة الأشخاص المدربين أكثر فاعلية من التدريس بمساعدة الحاسوب. فالطلبة يجيبون بسرعة أكبر عند استخدام الحاسوب، ولكنهم أكثر دقة في إجاباتهم عند تنفيذ الأنشطة مستخدمين الأقلام والأوراق. وبناء على ذلك، يقترح الانتقال تدريجياً من الممارسة باستخدام القلم والورقة إلى الممارسة بواسطة الحاسوب.

وإذا كانت نتائج الدراسات بشأن فاعلية التغذية الراجعة البسيطة متباينة، فهي أيضاً متباينة بالنسبة لأثر التغذية الراجعة المعقدة، وقد اشتملت بعض الدراسات على تعديل نوعية التغذية الراجعة مع إبقاء كل المتغيرات الراجعة الموسعة للأخطاء (أي التغذية الراجعة التي تشمل تقديم الإجابة الصحيحة وتشمل كذلك تذكير الطالب بسبب أو بطريقة تحديد الإجابة) كانت أكثر فاعلية من التغذية الراجعة البسيطة المقتصرة على الإشارة إلى أن الإجابة صحيحة أو خاطئة. وهكذا، فإن التغذية الراجعة المركبة قد تكون طريقة فعالة لزيادة مستوى التحصيل عندما تكون المهمة التعليمية صعبة أروى كبير– مدربة كمبيوتر - تربية خاصة مركز دبي للتوحد.

برنامج موسيقي يساعد أطفالنا على التواصل الاجتماعي والنمو اللغوي

أغاني المهد نموذجاً

إن دراسة موضوع التربية الموسيقية في مرحلة الطفولة المبكرة ذات أهمية كبيرة لأن هذه المرحلة من أهم المراحل التي يمرّ بها الإنسان في حياته حيث تشتد قابليته للتأثر بالعوامل المختلفة التي تحيط به وهي مرحلة هامة في تكوين المفاهيم و في التعلم بكل أنواعه سواء كان تعليما منذ الصغر أو مع بداية مرحلة المهد، ولقد لمست بنفسي أثناء جلسات التخاطب مع الأطفال المعاقين عقليا أن أسلوب الغناء يأتي بنتائج مثمره في تحسين اللغة لديهم بالإضافة لإدخال البسمة على قلوبهم.

فإن تنمية الاستماع لـدى الطفل لا يكون إلا من خلال تقديم الخبرات الموسيقية دون غيرها، لأن الخبرة الموسيقية سمعية ندركها بآذاننا وليس بأي حاسة أخرى من الحواس. ويعد الاستماع الأساسي الذي تعتمد عليه خبرات الإنسان يتضح جليا في تأكيد هذه الحاسة في القرآن الكريم وتقديمها على غيرها من الحواس.

ولعل من أصعب الأمور تدريب الطفل التوحدي على كيفية استقبال المثيرات الموسيقية. فالاستماع يهدف إلى اكتشاف الطفل للخصائص الصوتية، وتكوين المفاهـيم المرتبطة بخصائص الصوت من خلال خطة معينة تهدف كخطوة فيها إلى تنمية قدراته الموسيقية، ولكن خصائص هذا الطفل تكاد تكون معدومة تماما لديه ولا يحس بما يسمعه من استمتاع الطفل بما يسمعه.

وينشأ الكثير من الأطفال ناقصي خبرات أساسية في النمو الموسيقي الأمثل فالسنوات الأولى من حياة الطفل قد تكون أكثر أهمية بالنسبة لهذا النمو من حيث المواقف والـــتذوق والإدراك كما هو الحال للنموّ الذهني. وتؤكد – ملكة أبيض– في كتابها الطفولة المبكرة على أن "أهمية الطفولة المبكرة في ما يتعلق بالمقدرة الموسيقية تماثل أهميتها في ما يتعلق بالنمو المعرفي واكتساب اللغة". وتعتبر العائلة المدخل الأساسي في إرساء تربية موسيقية للطفل من خلال إثارة مختلف حواسه بمثيرات صوتية صادرة عن الأم والبيئة الحاضنة بصفة عامة، ففي الوسط العائلي

يتم نمو الطفل من الناحية الجسمية والنفسية والعاطفية بصفة متوازنة ومنسجمة وتلعب الأسرة دورا هامًا في إكساب الطفل وسائل التعلم كاللغة والغناء والموسيقي وكل هذه المكتسبات تحصل نتيجة التفاعل بين الطفل وأفراد العائلة.

ومن البديهي أن يكون للمحيط العائلي وخاصة الأم دور هام في مسؤولية إيقاظ الملكات الموسيقية لطفلها حتى تجعله أكثر حظا من سلفه ولكل ما يقف عقبة في نمائه الروحي وذلك من خلال توفير أغنية المهد الرفيعة الجياشة بعاطفة الأمومة والتي تعتبر المدخل الأساسي لموسيقى الطفل.

واختيارنا لموضوع التربية الموسيقية الموجهة للطفل بالعائلة وأغاني المهد كنموذج يعود إلى بعض الدوافع العلمية والذاتية ولعلّ أهمها:

١) العناية الكبيرة التي يليها بعض الدراسيين الغربيين للتربية الموسيقية في مرحلة الطفولة المبكرة، ولقد تعددت لديهم الطرق* والأساليب الموسيقية لتربية الطفل و تنشئته تنشئة سليمة. فكانت كتاباتهم نافذة تعرفنا من خلالها على أهم المراحل التي قطعوها في هذا المجال، إلاّ أن اهتماما مماثلا لم يظهر ولم يأخذ شكلا فعالا على الساحة العربية باستثناء بعض الإشارات والمداخلات القصيرة جدّا التي نشرت في المجلات الموسيقية، من طرف الدكتور "نبيل شورة" وكفاح فاخوري وحسام يعقوب، أو في بعض الرسائل الجامعية لطلبة المعهد الأعلى للموسيقى بتونس والتي تتناول باقتضاب موضوع التربية الموسيقية في العائلة.

٢) الدافع الثاني لاختيار هذا الموضوع هو تطوّر المجتمع على المستوى الاقتصادي والاجتماعي والذي مس من هيكلة العائلة وأدى إلى توسع عمل الأم في الخارج حيث تقضي معظم وقتها بعيدة عن أطفالها، إذ لم تعد تجد من الوقت ما يكفي لتطيل الجلسة مع طفلها لهدهدته حتى ينام أو لترقيصه وملاعبته، هذا ما أدّى إلى غياب تربية موسيقية في هذه الأوساط العائلية والمتمثّلة في أغاني المهد الغنية بإيقاعاتها و ألحانها.

وإذا كان ثمة إضافة إلى هذه الدوافع العلمية دافع آخر ذاتي في اختيارنا لأغاني المهد هو أن هذه الأغاني لا تزال تأخذ منا مأخذها كلما سمعنا صوت أم في تصديها لإسكات ابنها مترنمة له بإحدى أغنيات المهد.

(*) طريقة دالكرزز "Dalcroze" في سويسرا "وكوداي" "Koday" في المجر اورف "Orff" في النمسا وألمانيا وسوزيكو "Suzuki" في اليابان وروسال"Roussel" في فرنسا وغير هؤلاء كثيرون لا يتسع المجال لذكرهم والأسرة هي المدخل الأساسي لإرساء تربية موسيقية عند الطفل، وذلك من خلال إثارة مختلف حواسه بمثيرات صوتية صادرة عن الأم والبيئة الحاضنة، ويذكر "عبد المطلب أبو سيف" في كتابه "تربية مشاعر الأطفال في الأسرة" أن أول الانفعالات الإيجابية تظهر وتتطوّر لدى الرضيع تحت التأثيرات السمعية والصوتية"(١)، فالأم تغني لطفلها أغنية عذبة وتهدهده، تبتسم له بحنان فيشعر بالألفة والطمأنينة والهدوء.

إن الموسيقي ترتبط ارتباطا ثابتا بحياة الطفل الصغير منذ مولده، يتوافق مع الأصوات الموسيقية يصرخ، يناغي، ينصت إلى هدهدة أمّه، يحرك جسمه بحركات منتظمة عندما يسمع ترنيماتها. وتحت هذه التأثيرات تقوم الأم بملامسة جسد وليدها و ملامسته بيديها إلى جانب الغناء له وبهذا تشكل رابطة روحية بينها وبينه.

ومن المؤكد أن الطفل يحتاج إلى أن نغني له فالغناء – خاصة غناء الأم– تأثير كبير على الجانب النفسي للطفل، فيكون منذ أسبوعه الأول قادرا على إدارة رأسه نحو أمه كلما سمع صوتها، و يؤكد "محمد أحمد النابلسي" في كتابه "ذكاء الرضيع" على أن الطفل يهدأ عندما نسمعه الأغاني أو الأصوات التي يتوافق ترددادها مع ترددات دقات القلب، لأنها تشعره بالاطمئنان الذي أحسه في بطن أمه عندما كان جنينا يستمع إلى دقات قلبها"(٢).

إن الأسرة وخاصة الأم دورا هامّا في مسؤولية إيقاظ الملكات الموسيقية لطفلـــها وإزالة كل ما يقف عقبة في نمائه الروحي.

إن استجابة الطفل الانفعالية نحو الموسيقى تدل على نمو أحاسيسه السمعية

وبالتالي إمكانية تربيته موسيقيا وفي هذه المرحلة من حياة الطفل يلعب الوسط العائلي دورا هامّا في إكساب الطفل وسائل التعلم كالغناء والموسيقى وذلك من خلال توفير الأنشطة الملائمة والمناخ السمعي الثري بالإيقاعات والألحان، التي يتلقاها الطفل بدون وعي أو إدراك، ويذهب الباحث "حسام يعقوب" في كتابه "مهام التربية الموسيقية بالمدارس الابتدائية" إلى الاعتقاد بأن "مادام كل طفل اعتيادي يتمتع بالقابليات والمواهب الموسيقية فإن المسألة الأساسية تنحصر في مشكلة تطوير تلك القابليات.. ويعترف علم التربية المعاصر بأهمية الوراثة إلى جانب تأكيده على دور العائلة ودور التربية والتعليم في تطوير المواهب والقابليات الموسيقية[٣].

وتعتبر أغنية المهد الرفيعة والجياشة بعاطفة الأمومة، المدخل الأساسي لموسيقى الطفل و أول ما نغذي به ميولا ته الموسيقية منذ نعومة أظافره. فعلى الرغم من بساطة ألحانها وتراكيبها اللغوية، فقد تمكنت هذه الأغاني من تنمية الجوانب الحسيّة الحركية عند الطفل و تربيته موسيقيّا. وهذا ما تمّ لنا استنتاجه عند دراستنا لبعض أغاني المهد بتونس كنموذج للتربية الموسيقية في العائلة.

أغاني الأطفال الشعبية في العائلة : أغنية المهد نموذجا :

تعريفها :

يعرِّف "أحمد أبو سعد" في كتابه "أغاني ترقيص الأطفال عند العرب" الغناء للأطفال عند الشعوب، هو الترنم بالكلمات الموزونة التي تصحب عادة مداعبة الطفل وملاعبته وتحريكه في المهد لينام وهو جزء من الغناء الفلكلوري العام المجهول النشأة والذي جرى على ألسنة العامة من الناس في الأزمنة القديمة ثم توارث جيلا بعد جيل طوال فترة من الزمن امتدت حتى تجاوزت عدة قرون"[٤].

وغناء الوالدين عند العرب يسمونه ترقيصا حيث كان منذ عهد الجاهلية من أقوم وسائل تربية الطفل وتنشئته وكانت تلك الأغاني مادة للتهذيب ووسيلة ينقل بها العربي إلى طفله ما يراه من حميد الصفات و كريم الخصال.

ويضيف الدكتور "حسن النصار" في كتابه "الشعر العربي" أن الآداب الشعبية جميعا عرفت أغاني المهد والطفولة وأن العرب لم يتخلفوا عن غيرهم في هذا اللون من الآداب وسموه ترقيص الصبيان.وتكشف هذه الأغاني الفضائل التي كان العربي يجب أن يتحلى بها والمفاخر التي كان يرنو إلى أن يقوم بها هو وأبناؤه"(٥).

لقد نشأت أغاني المهد نتيجة ميل الإنسان إلى الغناء من أجل التنفيس و تصريف الطاقة الوجدانية أو التوسل لتنويم الطفل أو حمله على أن يكف عن البكاء أو ملاعبته وتدليله وترقيصه، والتربيت على وجهه أو ظهره أو فرقعة أصابع رجليه كذلك تعليمه الحركات من سير وتحريك لليدين أو عند تعليمه الكلام. ويذهب الدكتور "أحمد مرسي" في كتابه "الأغنية الشعبية" إلى أن "هذا الضرب من الغناء يتميز بأنه أشكال بسيطة أو مقطوعات قصيرة نشأت من مجرد الترنم اللحني أو الدندنة التي تسير وفق نغمة رتيبة يصحبها غالبا تحريك الطفل "(٦)

وقد نقلت إلى العربية باسم أغنية المهد وهو السرير الذي ينام فيه الطفل وهذه المرحلة تبدأ منذ اللحظة الأولى لخروج الطفل إلى هذا العالم و تستمر حتى نهاية السنة الثانية تقريبا.

من خلال هذه التعريفات نستنتج أن الأغاني لا تقال لذاتها و إنما هي أداة مصاحبة لعملية مادية، أي حركية تتمثل في المداعبة والملاعبة والتحريك والغاية منه جعل الطفل ينام أو بتعبير آخر ينتقل من عالم الوعي إلى عالم اللاواعي وكأن لمضمون الأغنية ولطريقة أدائها تأثير تخديري في الطفل فهي تقوم بفعل معين في نفس سامعها. إلا أن سامع هذه الأغاني ليس بالسامع العادي أي ليست له القدرة على استيعاب اللغة التي يصاغ فيها مضمون هذه الأغاني بل ومضمون الأغنية أيضا. فالأم تلعب دور الباعث لتوصل لطفلها المتقبل رسالة، إذ هناك تفاعل بينهما واقترانها بما يسمى موسيقى والقول الشعري للأغنية وغيرها من العناصر الفنية، التي تحدث ما هو متعارف عليه بفعل الأغنية في سامعها إلى جانب عنصر الأداء الذي هو محور "التربية" الأساسي.

(١) الأغنية مدرسة الطفـل:

أ- تعليم الطفل الكلام عبر الغناء له:

يساعد الغناء الطفل على تعلم اللغة بطريقة سليمة وخاصة في ما يتعلق بالنطق، فبداية من الشهر الخامس أو السادس يصل الطفل إلى التقليد حيث تكون حركات التقليد الصوتي لديه واضحة، نلاحظ أن الطفل في إعادة لما سمعه يكون تحت تأثير الأم وخاصة أنه يكون من الناحية الفزيولوجية مؤهلا تماما لنطق الكلمات.

وبعد فترة المناغاة وبالتحديد في الشهر الثاني عشر يبدأ الطفل في نطق الكلمات وتصبح لديه القدرة على إدراك أصوات المحيطين به ويذكر "محمد أحمد معتوق" في كتابه "الحصيلة اللغوية" أن "مهما كان الاستعداد الفطري للإنسان وكانت العوامل مساعدة والأمور مهيأة لاكتساب اللغة، فإن حصيلة اللغة القومية من الألفاظ تبقى أوسع من أن يحيط بها الفرد أو يتلقاها بمجرد التعايش مع أفراد أسرته والاختلاط بأهل محيطه"[٩]. فالطفل يستطيع نطق الكلمات الأولى وهي "بابا" و"ماما" و"داداه" وتستغل الأم هذا التدرج في النمو اللغوي لتساهم في تعليمه ولتضيف لزاده بعض الكلمات فإذا هتف الطفل "بابا جا" تضيف هي "مرحبـــــا" ثم شيئا فشيئا يشارك أمّه الأغنية، حتى يتوصل إلى ترديدها بمفرده كلما علم بمقدم والده:

بـــابــا جـــــا   بـــابـــا جـــــبـــا

هو عـــزيـــزي   وهـــنـــايـــــــا

وتفعل الأم نفس الشيء لتعلم طفلها إلقاء التحية في الصباح فإذا اعتاد على كلمة "باح" والمراد بها (صباح الخير) وتمكن من نطقها واستعمالها في التحية الصباحية فإن الأم ترد على تحيته بهذا المقطع.

باح باح باح   الصباح والربـــــاح

إن الغذاء الروحي الأول للطفل هو الكلمات التي يهمس بها فمه ويتلقاها سمعه وما الكلمات الأولى إلا مجموعة الأغاني التي يستقبلها وعيه، ويؤكد الدكتور "فاروق عبد الرحمان" في كتابه "الطفل والرعاية الاجتماعية والنفسية" على أن "دور البيئة هام للتشجيع على الكلام والنطق السليم والتفاعل المستمر مع الأطفال"[١٠].

ب- تنمية الإدراك الحسي والحركي عند الطفل:

يرتكز البعد التربوي لأغاني المهد على بعض عناصر النمو عند الطفل وخاصة في ما يتعلق بالإدراك الحسي والمهارات الحركية، التي من شأنها أن تساهم في النمو الموسيقى للطفل خاصة فيما يتعلق بالسمع والإحساس بالإيقاع.

أ) السمــع:

تؤثر الأصوات في الطفل أيّما تأثير فهي: تريحه، تنبهه، تغضبه، وهي لا تريحه إلا "إذا كانت من تلك الأصوات الحانية التي تسمع عند الهدهدة"[11]

وتعتبر أغاني المهد أهم صوت حنان يتلقاه الطفل، فسرعان ما يتطور السمع لديه، خاصة وأن الطفل لا يعي شيئا مما يكتسب في أذنيه، لكنه يتأثر به وجدانيا. إن السجع والموسيقى والنغم تلعب دورا هاما في تهذيب حاسة السمع، ومن المسلم به أن هذه الحاسة أسرع نموا وتطورا من الحواس الأخرى.

وتسهم أغاني المهد أيضا في تهدئة الطفل، فهو يكف عن البكاء حين يدغدغ أذنيه صوت أمه الذي يخترق جسمه فيشعر حينها بالدفء والحنان، لأنه يتأثر بهذه النغمات الرتيبة. وما يمكن الإشارة له أن أغاني المهد ليست من تلك الأصوات المزعجة أو العالية التي تثير خوف الطفل. وللأصوات الإيقاعية الهادئة دور هام في توفير الارتياح للوليد، وسنتعمق بالتحليل في هذه الفكرة عند تحليلنا للخصائص الفنية والجمالية لأغاني المهد

ب) المهارات الحركية:

الشعور بالذات لدى الطفل – يبدأ – من الحركة الفزيولوجية، باعتبارها مصدر لمعرفة العالم المادي أي المحيط، وانطلاقا من الحركة يبدأ الطفل في التعامل مع الأشياء والتحكم في جسمه وتصبح الحركة لديه أداة معرفية، وتساهم أغاني في إثارة النشاط الجسمي والحركي عند الطفل.

واقتصرت المهارات الحركية التي لها علاقة بأغاني المهد على المشي والتصفيق والضرب الموقع على بعض الأدوات.

ج) المشي:

وهو من مظاهر النمو الحركي يبدأ بالحركات العشوائية ثم ينتهي بالحركات المنتظمة ويلعب المشي دوراً من الناحية النفسية للطفل، حيث يتيح له فرصة الاستقلال عن الأم، ويساعده على معرفة الأماكن والأشياء وعلى إيجاد التوازن الجسمي.

وتلعب الأم دورا هاما في تشجيع الطفل وإثارة عامل الحركة لديه فتظل تغني له وتبدي فرحتها به معربة عن ذلك بالابتسامة والتشجيع وهذا يدفعه إلى إعادة المحاولة دون ملل ويكون ذلك أكثر إثارة حين تمسكه من كلتا يديه وتسير به بعض الخطوات مغنية له أغنيات تتماشى مع إيقاع خطواته حتى يصل إلى مرحلة المشي.

وعند المحاولات الأولى للوقوف تغني الأم هذه الأغنية لطفلها لكي لا يفقد توازنه و ما هي إلا حافز للتشجيع على الوقوف ثم المشي.

شدد شـــدد شدد شـــدد	إن شاء الله يكبر و ينقد
النخلة وقفت بعراجينها	ربـــي يـــعينهـــــا

ولتشجيع الأم طفلها على المشي تغني هذا المغنى:

داداش داداش كبر وعاش	جاب كفيفة* بالمشمش

د) التصفيق والضرب الموقع:

تعتبر أغاني المهد أول المثيرات السمعية التي تساهم في تنمية الحس الإيقاعي عند الطفل فحين تغني الأم لطفلها تطلب منه أن يصفق تصفيقا متسقا مع أغنيتها فهي بطريقة غير مباشرة تدعوه إلى إدراك الأصوات والإيقاعات والتمييز بينها من حيث السرعة والبطء وبذلك تساهم في تنمية الإحساس بالنبض الداخلي عند الطفل وجعله يدرك نسق الإيقاعات، حتى إذا تمكن من مسك الأشياء بمفرده، يضربها ضربا موقعا مرتبطا بإيقاع الأغاني التي حفظها من أمه وإذا توصل الطفل إلى هذا التوقيع فمعناه صار مدركا للإيقاعات البسيطة والخفيفة التي هي من مميزات أغاني المهد، ويضيف إسعد محمد علي في كتابه "الموسيقى والطفل" بأن "توقيع الطفل على ما يقع تحت يديه من أدوات ولعب يجيء بشكل

عفوي وغير إرادي بالرغم من ضرباته تخرج منتظمة غير متخلخلة الوزن، وبذلك نتبين أن للطفل حسّا طبيعيا واستعدادا فطريا لتقبل الأنواع الموسيقية البسيطة"[١٢] وبذلك تعتبر أغاني المهد أول المثيرات السمعية التي تساهم في تنمية هذا الحس الموسيقي في الطفل.

الخصائص الفنية والجمالية لأغاني المهد:

إضافة إلى ما تساهم به أغاني المهد في تنمية بعض العناصر التي تساعد على النمو الموسيقي عند الطفل كالنطق بالكلمات وتنمية حاسة السمع وتطوير المهارات الحركية، فإنها بطريقة غير مباشرة- وعن طريق الخصائص الفنية والجمالية التي تحتويها والتي تتجسد في النص الشعري واللحن والإيقاع – تساهم في إرساء تربية موسيقية قائمة على إدراك بعض الألحان والإيقاعات وهذه العناصر من شأنها أن تنمي الحس الموسيقي عند الطفل.

١) النص الشعري: فالأم من خلال ترنمها تركز علي الوزن و حسب قول "أحمد أبو سعد" في كتابه "أغاني ترقيص الأطفال عند العرب" بأنه "ينتظم على بحر الرجز وهو بحر يتفق بتقطيعه المتميز بالسرعة والحركة والاضطراب مع الغناء الشعبي كأغاني المدح والترقيص"[١٣]. وقد تمثلت النغمة الرتيبة في الرجز في ناحيتين الوزن والقافية، فالوزن تتعاقب فيه الحركة مع السكوت والقافية تأتي مع نهاية كل شطر.

٢) اللحن الموسيقي: فأداء هذه الأغاني ينطلق من الطبقة الصوتية المنخفضة ولا يتجاوزها وعلى هذا الأساس فإن جمال أغنية المهد كان في جمال كلماتها التي هي عفوية وقائمة على الارتجال، إلى جانب صورها الصوتية المبنية على النغمات الرتيبة.

أ) عناصر الموسيقى الشعرية: بما أن هذه الأغاني تقوم على التواتر و التعبير الشفوي فإن الموسيقى اللفظية تبدو واضحة من خلال طرق ترديد الأصوات، التي هي قائمة على ظاهرة الجناس بدرجة أولى باعتبار أن تماثل الأصوات

وتقاربها في مواضع مختلفة من البيت الشعري من شأنها أن يوفر فيه أكبر قدر ممكن من الإيقاع والموسيقى التي يحددها الوزن والمتمثل في القافية خاصة. فتكرار القافية في أواخر الأسطر من نصوص الأغاني يمثل جزءا هاما من الموسيقى الشعرية فيها و إيقاع الوزن وموسيقاه لا يتحققان إلا بتوفر القافية فترددها في فترات زمنية متقاربة ومنتظمة يساعد على استقرار النغم ويجعل كل إيقاع ينتظر الإيقاع الذي يليه، فتكون القوافي بمثابة الفواصل الموسيقية خاصة بتكرار نفس الأصوات.

إضافة إلى الوزن نلاحظ الوظيفة الصوتية للألفاظ والكلمات باعتبارها مركبة من مخارج الحروف وهذا ما يجعل جرس الكلمات والألفاظ يلعب دوراً هاماً من حيث تحديد الصوت والذي اتسم بالترخيم والليونة. فالأم في ترديدها لأغاني المهد ركزت على الحروف الشفوية التي هي أكثر سهولة في النطق والتي تتماشى مع رقة الصوت وليونته.

ولا يقل دور الحركات في تحقيق جرس للكلمات من خلال انقسامها إلى حركات طويلة وأخرى قصيرة وقد ركزت الأم في أغانيها على الكلمات ذات حركة الفتحة لأنها أسهل حركة في نطق الكلمة تليها في ذلك الكسرة التي تعتبر أقوى الحركات من الناحية السمعية.

ب) **عناصر الموسيقى الغنائية:** لعل من العناصر الأكثر أهمية والتي ترتبط بإشكالية بحثنا هي عناصر الموسيقى الغنائية والمتمثلة في المقام أو الطبع – كما نسميه في تونس – المساحة الصوتية، الإيقاع، واللحن والغناء، ولا يمكن لنا معرفة هذه العناصر إلا بالرجوع إلى تدوين بعض الأغاني وتحليلها لدراسة هذه الجوانب.

❖ المقام أو الطبع:

لا يتجاوز المجال الصوتي لألحان أغاني المهد بصورة عامة جنسا ذا الأربع درجات (تكوارد واحد) ونادراً ما يكون المجال الصوتي بحدود الخامسة هذا

ما جعلها تنطلق من طبقة صوتية منخفضة تتلاءم مع طريقة الأداء التي تتميز بترخيم الصوت.

وعند تدويننا لمجموعة من الأغاني لاحظنا أن مجالاتها الصوتية تتنوع إلى خمس مساحات.

- منها ما يكون بعده الصوتي: أحادي "Unison" أي أنها قائمة على درجة صوتية واحدة متكررة كامل الأغنية
- أغاني ذات البعد الثاني الصغير أو الكبير مسافة درجتين.
- المجال الصوتي الآخر لبعض الألحان هو البعد الثالث الصغير أو الكبير (ذات ثالث درجات).
- أغاني تحتوي على جنس ذي أربع درجات (تتكوارد)

وتعتمد أغاني المهد في مجملها على جمل موسيقية بسيطة لا تتجاوز مساحتها الصوتية الأربع درجات إلا في حالات نادرة وطبيعة الانتقالات بين الأصوات فقد ميزتها المسافة الثنائية وهذا راجع إلى سهولة الجمل الموسيقية.

❖ الإيقــاع:

إن من أسباب بقاء واستمرار أغاني المهد و انتشارها بين الناس هو توافق الكلمة مع مساحتها الصوتية بل، وأنها جزء من الإيقاع الموسيقى للأغنية.

ونلاحظ في أغنية المهد أن الكلمة مستوفية القيمة الزمنية وهذا ما جعلها تساهم في وضوح الإيقاعات والتي اتسمت بالسهولة والخفة، فهي إيقاعات بسيطة مقسمة إلى وقت واحد متكرر. والأم من خلال ملاحظتنا تضبط الإيقاع في غنائها بالهدهدة والربت على الظهر أو بحركة الرجل وكثيرا ما كان نبضها مسايرا للوحدة السوداء. (♩)

و أهم الإيقاعات التي وردت في أغاني المهد:

إيقاع الختـــــم ♩ 𝄾

إيقاع الهزج ♩♩

❖ اللحـن:

تتميز الألحان بسمة ترخيم الصوت وتكراره ويتجاوز ذلك في بعض الحالات إلى الكلام الموقع. وتتراوح الألحان بين التلفظ والغناء في تكرار الأم للحن الأغنية يفضي عليه طابع الرتابة الذي يلعب دورا في تخدير الطفل وأنامته وما تتميز به أيضا أغاني المهد هو عدم الثبات في درجاتها الصوتية وخاصة في نهاية الأغاني. فلحن الأغاني هو دائم الحركة والترجرج من ناحية وعدم التزامه بطبقة صوتية معينة و كثيرا ما تميل نهاية الأغنية إلى طبقة صوتية منخفضة وهابطة.

ما يمكن أن نستخلصه في نهاية هذا الجزء من البحث أن الأسرة دورا هاما في مسؤولية إيقاظ الملكات الموسيقية لطفلها لتجعله أكثر حظا من ناحية اكتساب الجمل اللحنية والإيقاعية، وبذلك يكون "بإمكانية إخراج أصوات أكثر من غيره كما هو أكثر استجابة لتلك الأصوات وأكثر استجابة لبعض النغمات والألحان"(١٤).

فالعائلة هي المجتمع الصغير الذي ينشأ فيه الفرد وفيها يتلقى التربية الموسيقية الأولى ويمتد دور العائلة في مرحلة مقبلة إلى العناية بتربية طفلها موسيقيا من خلال تشجيع الأولياء على الانطلاقة المبكرة لأبنائهم في دراسة الموسيقى، سواء كان بالمعاهد الموسيقية المختصة أو من خلال النشاط داخل النوادي الثقافية، أو داخل المؤسسات التنشيطية التربوية الاجتماعية ولعل أهمها رياض الأطفال التي تكمل دور العائلة في تربية الطفل موسيقيا في مرحلة مبكرة من حياته. إذن في تحليلنا لطبيعة هذه الأغاني، تبينت خصائصها الفنية والتربوية التي تعتبر عاملا من عوامل تكيّف الطفل مع بيئته فهي ترهف حسّه الموسيقى وتنمّي قدرته على التمييز بين الأصوات والنبرات الإيقاعية كما تدربه على الترنم والتغني وترجع قوّة تأثير هذه الأغاني إلى ما ذكرناه، أي إلى امتيازها بتوافق النغم والإيقاع الموسيقي الشعري و إلى طبيعة لحنها و طريقة أدائها.

ولقد أتضح لنا ما لأغاني المهد من دور تربوي تضطلع به من حيث تعليم الطفل المناغاة والمشي والتمييز بين الأصوات وتربية حسّه الموسيقى.

وممّا يؤسف له، أنه بالرغم من هذه المميزات، فإن هذا الصنف من

الأغاني هو الآن في طريقه للتلاشي والزوال نتيجة عدة عوامل، ترجع أساسا إلى اعتماد هذه الأغاني على الرواية الشفوي في انتقالها وانتشارها، فعدم وجود نص مدون لكلمات هذه الأغاني وموسيقاها جعلها تغيب شيئا فشيئا عن ذاكرة الناس وتسير في طريق النسيان.

إضافة إلى عامل تطوّر متطلبات الحياة وما أصبحت تقتضيه من معلومات ومهارات جديدة وخاصة في تطور بني الأسرة وعمل المرأة الخارجي وتطور القواعد والأساليب التربوية والثورة التكنولوجية والمعلوماتية التي نعيشها اليوم، إذن لا بد من ضرورة استخدام أغاني المهد الجياشة بعاطفة الأمومة في التربية الموسيقية للطفل، لتكون أهم الأنواع اللحنية التي تقدم له، إذ أنها محدودة الثقافة في هذا المجال، لذا لا بد من أن تلعب وسائل الإعلام المكتوبة والمسموعة دورا هامّا في نشر الوعي الموسيقي داخل مختلف طبقات المجتمع، وذلك بإبراز أهمية الموسيقى في تربية الطفل التوحدي وبذلك ننمّي قدراته وإمكانياته ليستوعب بسهولة البرامج التعليمية اللاحقة خاصة داخل الروضة ثم المدرسة.

وسوف نعرض عرضا للمجموعة الشعرية للحروف بالأشعار

وطرق علاج مخارج الحروف الهجائية (٢٨) حرفا .

المقدمة :

إني أتســـاءلُ يا أبتي	عن أجمل لغةٍ في بلـــدي
عن أحرفها عن روعتـــها	وخلود عـــراها للأبـــد
لغـــة الشـــعرِ أداة الـــنثرِ	للـــعـــلاّمـــةِ للمجـــتـــهـــدِ
لغـــةُ القـــرآن مباركةٌ	بمباركـــــة اللهِ الصمـــدِ
لغـــةٌ خالـــدةٌ ساميـــةٌ	فاحفظـــها تســـعد يا ولـــدي
ألـــفٌ بـــاءٌ تـــاءٌ ثـــاءْ	جـــيـــمٌ حـــــاءٌ خـــــاءٌ دالْ
ذالٌ راءٌ زايٌ ســـيـــنٌ	شـــينٌ صـــادٌ ضادٌ طاءْ

ظـــاءٌ عيــنٌ غيــنٌ فاءْ   قـــافٌ كــافٌ لامٌ مــيـمْ
نــــونٌ هاءٌ واوٌ ياءْ   ولهذا يــحلــو الإصغاءْ

حرف (أ)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى كيفية وضع اللسان ودرجة فتح الفم ويضع التلميذ يده اليسرى على حنجرة المعالج حتى يشعر بالذبذبات الصادرة عند نطق صوت الحرف، ويده اليمنى أمام فمه ليشعر بخروج الهواء. ثم يطلب من التلميذ نطق الصوت مع وضع يده اليسرى على حنجرته واليد الأخرى أمام فمه.

ما الحرفُ الأول؟ الألفُ   علّمــــنا إيـــاه الســلــفُ
أمثلةٌ الــدرسُ الشـــجـرُ   الصحّــةُ الأرضُ الصيــفُ
اللهُ أحـــــبُ لأمتـــنا   وأبونا إبــراهيـــم الأنفُ
أذّنْ فأنا وأخـــي المعــلمْ   أحـــبابٌ لـــسنا نختلفُ

حرف (ب)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى كيفية إطباق الشفتين ثم انفراجها عند نطق صوت الحرف ويضع التلميذ يده أمام فم المعالج وأنفه ليشعر بانفجارية صوت الحرف عند انفراج الشفتين، وليعرف أيضاً أن الهواء أثناء إطباق الشفتين لا يخرج من الأنف بل يكون محبوساً.

الحـــرفُ الثانـــي الباءْ   بـــاتَ وبـــان في الأنــباءْ
باع البـــاهي بنتي وابنيْ   بــــدرِ بيضـــاً بالأبـــواءْ
بارك ربُ البيت الباري   بكـــراً بنجـــاح الأبــــناءْ
قف بالعيد بباب الباكي   وابذرْ خيــــراً تلق نماءْ
اقــرأ أمثلتي وافهمـــها   تعــطيـك معانـــي الأشــياء

حرف (ت)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى كيفية وضع اللسان على الأسنان. وأن اللسان يتلامس مع اللثة العلوية في النقطة بين الأسنان العلوية واللثة العلوية مع وضع يد التلميذ أمام فم المعالج ليشعر بانفجارية صوت الحرف.

هات وسمّ الحرف الثالث	توتٌ تينٌ حـــرف التاءْ
تكافأ تيـــــمٌ تاه تباطأ	تثبُ تسقطـــه الأرزاءْ
تبقى للتاريخ وتـــروى	تدمـــرُ تــاجٌ للزباءْ
تابَ إلى التـــوّاب تعالى	ومضـــى ترفعـــه الآلاءْ
أمثال لماّ تحفـــــظها	تمـــلك ناصيـــة الإنشاء

حرف (ث)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى كيفية وضع طرف اللسان بين الأسنان العلوية السفلية، ثم يضع التلميذ يده أمام فم المعالج ليشعر باحتكاكية واستمرارية صوت الحرف.

ما الرابع في لغــة الضادْ؟	ثاءٌ مشرقـــــــةُ الأورادْ
ثارَ ثابَ ثـــوبَ ثباتٍ	أمـــثالٌ فيهـــنّ أجــادْ
عاد الثائر وجـــثا ثبتاً	فثرى الأقصى سوف يعــادْ
تمّتَ أمثالٌ ثابتـــــــةٌ	فاستمعـــوا لـــي يا أولادْ

حرف (ج)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى كيفية إطباق الأسنان العلوية مع السفلية، وكيفية امتداد الشفتين للخارج قليلاً مع وضع يد التلميذ يده أمام الفم ليشعر بكمية الهواء الخارج ومخرجه، وأن الصوت احتكاكي

استمراري ووضع يد التلميذ الأخرى على الحنجرة للإحساس باهتزازات الأحبال الصوتية ليميز التلميذ أن الصوت مجهور وليس مهموس.

هذا الحرف الخامس جاء كجبين الفجـر الوهـاجْ
جد الجاحـظ هاج وماج جِنيًا فـوق الأمـواجْ
جاد جوابًا مثل البـرق الكاشف ظلمـة ليـل داجْ
جلّى أن لسان العُـرْبِ فوق جبيـن الأمّـة تاجْ

حرف (ح)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى كيفية عدم اشتراك اللسان في نطق الحرف ويضع التلميذ أطراف الأصابع أمام مدخل الفم ليشعر بالهواء الساخن الخارج من الفم عند نطق الصوت وكيفية استمرارية واحتكاكي الصوت مع وضع اليد الأخرى على الحنجرة ليميز عدم اهتزاز الأحبال الصوتية ويشعر بكيفية تحرج الحنجرة بكاملها لأعلى أثناء نطق صوت الحرف.

حـرفُ الحاء أتاك ولاح أهلاً بالحـرف اللماحْ
حالٌ حافي حبٌ حظوظٍ حـج حبيـبٌ للإصلاحْ
حتف حياتي بحمى حسرٌ أمرٌ تحرسـه الأرواحْ
فاحفظها أمثلـةً عني يا عطر الحبـق الفـواحْ

حرف (خ)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى كيفية اهتزاز اللهاة من آخر الفم إلى الداخل مع وضع يد التلميذ على جانبي أعلى الرقبة للإحساس باهتزازات اللهاة والتمييز بين اهتزازاتها واهتزازات الأحبال الصوتية. واليد الأخرى أمام الفم للإحساس باستمرارية واحتكاكي الصوت.

خاءٌ خابَ الخبث الخانع لماَ خـالَ بأني السابـغْ
خوخٌ خسٌ خضرٌ خَـلُ أمثلـةٌ معـناها واقع

فاعلم أنّ خيانة خِـــلٍّ خزيٌ فيــه السمُّ الناقــعْ
خوف الرحمن وخشيتــهُ فيها الخيــر وفيــها النافعْ

حرف (د)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى كيفية وضع اللسان على الأسنان السفلية ومكان تلامس طرف اللسان بين الأسنان واللثة العلوية مع وضع يد التلميذ أمام الفم ليشعر بانفجارية الصوت، واليد الأخرى على الحنجرة ليشعر باهتزازات الأحبال الصوتية أثناء نطق صوت الحرف.

ما الحرف الثامن يا ولدي دالٌ إنّي الثامــنُ حسبــي
دوماً أبداً دوّى صــوتي أنَّ هــداي وديــني صحبي
داخ دادا دبغ الـــدافي ودليل دراستـــه حبـــي
الله الديَّان دعـــــاني ومحمد أرشـــــدني دربي

حرف (ذ)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى كيفية وضع طرف اللسان بين الأسنان العلوية والسفلية مع وضع يد التلميذ أمام الفم ليشعر باحتكاكية واستمرارية صوت الحرف ووضع اليد الأخرى على الحنجرة للإحساس باهتزازات الأحبال الصوتية وليميز التلميذ أن الصوت مجهور وليس مهموس.

ماذا يدعى الحرف التالي؟ إنّـــــي الذال فما يؤذيني
نبُ الذيل وذبحُ الذيب وذرُ الـــــرملِ ولا يثنيني
ذادَ ذنبٌ ذابَ ذهـــبٌ أمثلــــــةٌ قصد التلقينِ
ذكر الله يزيل ذنـــوبي ويقوي من بـــرد يقينـــي

حرف (ر)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى الحركة

الترددية لطرف اللسان مع سقف الحلق خلف اللثة العليا، وأن يشعر التلميذ بخروج الهواء من الفم بوضع يده أمام فم المعالج ثم أمام فمه عند الصوت مع وضع اليد الأخرى على الحنجرة لبيان اهتزاز الأحبال الصوتية وليميز التلميذ أن صوت الحرف مجهور وليس مهموس.

ما العاشر؟ أنا حرف الراء ريحٌ رضـــىً رَوحٌ ورواء
راجحٌ راعي راسٌ راضي رَبعٌ وربيــــــعٌ وعطاءْ
ركبٌ راقي ريشٌ رامـــي ربــــحٌ ورياضٌ ورشاءْ
أمثـــلةٌ واضحــــةٌ لفظاً تعطيك معانــــي الأشياء

حرف (ز)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى الأسنان الأمامية منطبقة وخلفهما اللسان وأن يضع يده على الحنجرة ليشعر بتردد الصوت عند نطق صوت الحرف، واليد الأخرى أمام الفم ليشعر باحتكاكية واستمرارية الصوت.

أنا حرف الزاي متى زارا أحمـــل في زادي أســـرارا
رزٌ و إوزٌ أزرارٌ زادت في نفـــسي إصرارا
زوار الجنـــة زادُهُـــمُ إيمـــانٌ يكفيهـــم نـــارا
يا رب فـــزودني علـــمًا يجلـــو عن قلـــبي الأوزارا

حرف (س)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى إطباق الأسنان الأمامية وكيف أن الشفتين مشدودتان مع وضع يد التلميذ أمام الفم للشعور باحتكاكية واستمرارية الصوت.

السين أنا حرف الهمس ســـارٍ سامٍ مثـــل الشمسِ
ساح الساقي وسبا سمرًا وسمـــا صافيـــةٌ كالـــكأسِ

فاسعَــوا لسميعٍ داعيَــهُ ومجيبِ اليائِــسِ ذي البأسِ
من مكــةَ أهدي أشواقي قبلتُــنا الأولى في القــدسِ

حرف (ش)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى كيفية ضم الشفتين وبروزهما وكيفية إطباق الأسنان الأمامية. ويتم التوضيح للتلميذ بأن اللسان يرجع للوراء قليلاً أثناء نطق الصوت وذلك مع وضع اليد أمام الفم للشعور بالهواء الساخن خارج من الفم مستمراً احتكاكياً. ويشعر التلميذ بالفرق بين صوت حرف (س) وصوت حرف (ش) عن طريق التمييز بين كمية الهواء الخارجة.

أنا حــرفُ الشين المقدام أهديك سلامــي يا شــام
شاخ الشرطي شاد الشار ع، شعــرٌ شــريرٌ شمّــام
شــاشٌ وشتــاءٌ شرعي أمثلــةٌ فيهــا الإفهــام
فاشفــع يا ربي يا شــافي وانصــر أبنــاء الإســلام

حرف (ص)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى أن الشفتين في وضعهما الطبيعي مع فتحهما قليلاً بدون شد. ويرى أن الأسنان الأمامية العلوية والسفلية متقاربةِ جداً، ويتم إيضاح للتلميذ كيفية خفض وسط اللسان قليلاً. ويتم وضع يد التلميذ أمام الفم ليشعر باحتكاكية الصوت واستمراريته.

من أنت؟ أنا الصوت الدا في، صادٌ مكتمل الأوصافِ
صار صبغٌ صــابٌ وصبا صاح صبــايا صــــوتٌ صــافي
صــمــغٌ صــافيــةٌ أمثــلةٌ تجــلو كلَّ بيـــانٍ خــافي
يا ربي صـــلِّ علــى الهادي وتــعــهَّـدنــا بالألطـــافِ

حرف (ض)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة بأن يرى تلامس اللسان مع نقطة التقاء الأسنان العلوية مع اللثة العلوية وأن يضع التلميذ يده أمام المعالج ليشعر بانفجارية الصوت، ثم يضع يده على الحنجرة ليشعر باهتزاز الأحبال الصوتية عند نطق الصوت مع الإيضاح للتلميذ بكيفية خفض الجزء الأوسط من اللسان قليلاً.

• يا حرف الضاد ويا رمزًا	للفصحى يكسوها خـزًا
ضـارٌ وضبابٌ وضجيجٌ	ضـربُ ضريرٍ فيها مغزى
ضَرَبَ الرحمن لنـا مثلاً	بالكفـارِ أضـلُ وأخزى
حفظ القرآن لنا الفصحى	ضاهت بالقـرآن العـزّا

حرف (ط)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى تلامس اللسان مع نقطة التقاء الأسنان العلوية مع اللثة العلوية وأن يضع التلميذ يده أمام فم المعالج ليشعر بخروج الهواء من الفم انفجارياً عند نطق الصوت ويتم الإيضاح للتلميذ عن كيفية انخفاض وسط اللسان قليلاً حتى لا يختلط نطق صوت (ط) مع صوت (ت).

حصتنا عن حرف يشدوْ	لحنـًا طربـًا للأولادِ
الطاء.. يجمله طـــه	وبطـــه يحلـو إنشـادي
مثـلٌ طاح طوبٌ طاشَ	طـار الطـير طاف بلادي
طوبى من طافوا في بيـــ	ـتِ الله وفازوا بالإسعادِ

حرف (ظ)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة بأن يرى التلميذ طرف اللسان بين الأسنان وأن يضع يده أمام فم المعالج ليشعر بخروج الهواء

احتكاكياً مستمراً من الفم، ثم يضع يده على الحنجرة ليشعر باهتزازات الأحبال الصوتية عند نطق صوت الحرف مع شرح كيفية خفض وسط اللسان قليلاً.

من ذا؟ إني حرف الظاء ولمثلي يحلـــو الإصغاء
من ذا؟ إني حرف الظاء قــد جئتك يا ذا الإنشاء
ظــنٌ ظنــينٌ وظنـــون ظــبيٌ ممشــوقٌ وظبــاء
هــذي أمثلــةٌ أســردها يفهــم مغزاها الظرفــاء
ظهر الحق كشمس الظهر كشعاعٍ يجلو الظلمـــاء

حرف (ع)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة مع وضع يده أمام فم المعالج ليشعر بخروج هواء بسيط من الفم ثم يضع التلميذ يده على الحنجرة ليشعر باهتزازات الأحبال الصوتية عند نطق صوت الحرف.

مرحى يا حرفــاً يزدهرُ حيــن تلاقيــه يفتخــر
عاش ـ عدوٌ عبــدًا عيبــاً علّــم عبســاً علمًا عمــرُ
وعلى عَلــمٍ عاد عُرَيبٌ أمثلــةٌ منهــا نعتبــر
عَودُ العُــربِ لمجدٍ فرضٌ والإســلامُ هو المنتظَــرُ

حرف (غ)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة بأن يضع التلميذ قليل من الماء في فمه ويحتفظ به في أقصى الحنك ثم يحرك الماء (الغرغرة) فيصدر صوت الحرف ويضع يده على الحنجرة ليشعر باهتزازات الأحبال الصوتية عند نطق الصوت مع وضع اليد الأخرى أمام الفم ليشعر التلميذ باحتكاكية الصوت واستمراريته.

هذا حرف الغين أطلاً يغمُــر وجــه الغيمــة فُلاَ
غاب غبــارٌ وغزا غازي وغــريبٌ غشــاشٌ غــلاَ

أمثلــةٌ واضحةٌ تُمــلى ما تركت للشك محلاً
رب يــا غفــار تجلّــى وارحم من صام ومن صلى

حرف (ف)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى كيفية تلامس الشفة السفلية والأسنان العلوية مع وضع يد التلميذ أمام الفم ليشعر بخروج الهواء احتكاكياً مستمراً.

فاسمع حرف الفاء الآتي في فَحــواهُ فيــضُ سِماتِ
فــات الفــأر فــاز الفــأس لفــتىً فتيــاتِ فرحــاتِ
أمثـلــةٌ أبـــدى مــعناهــا بعــضَ مفاهيــمِ الكلماتِ
فارحم ربـــي فــرّج كربي واجمعنــا من بعد شتــاتِ

حرف (ق)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى كيفية اشتراك اللهاة مع مؤخرة اللسان في نطق الصوت على أن يتم تثبيت مقدمة ووسط اللسان بخافض لسان وأن يحرك آخر لسانه إلى أعلى مع خروج هواء من الفم لينطق صوت الحرف مع وضع يد التلميذ أمام الفم ليشعر بانفجارية الصوت.

قــافٌ وبه أقسم ربـــي في القرآن بلغةِ العُــربِ
قاد قــام قشــرٌ قاسٍ قــال قريشٌ قــم للركب
أمثلــةٌ تعطينــا المعنـــى عن حــرفٍ يبدأ في قلبـــي
ربــاه قويٌّ قــد آلي أن ينصرُنا رغــم الصعبِ

حرف (ك)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة مع تثبيت مقدمة اللسان بخافض لسان ثم يحرك التلميذ لسانه إلى أعلى وأن يضع يده أمام فم المعالج

ليشعر بخروج الهواء انفجارياً عند نطق الصوت.

وأتاكَ الضيفُ المأمولْ كافٌ للأحرفِ إكليلُ
كبّر كاد كان وكالْ كرٌّ كلاماً ميكائيلْ
هذي أمثلةٌ يتجلى التوضيحُ بها والتكميلُ
يا رب الأكبر يا كافي يأتينا منك التأميلُ

حرف (ل)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى التقاء اللسان مع نقطة تقابل الأسنان واللثة العلوية مع وضع التلميذ يده أمام الفم ليشعر بخروج الهواء من جانب الفم احتكاكي مستمر مع وضع يده الأخرى على الحنجرة ليشعر باهتزازات الأحبال الصوتية.

مرحى حرف اللام أهلٌ بدراً في الظلماء تجلىٌّ
لاحت لي ليلى لزيارة لصلاةِ لانت لمصلّى
لامّ سهلّ لو تلفظه ذي أمثالّ وله تتلى
اللهم لنا آمالّ أن نلقى أمتنا تعلى

حرف (م)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى كيفية إطباق الشفتين مع وضع يده أمام الفم والأنف ليشعر بأن الهواء يخرج من الأنف مع وضع اليد الأخرى على الحنجرة ليشعر باهتزازات الأحبال الصوتية.

ميمٌ مرٌّ بنا مفتخرا بدأ الرحمن بها السورا
ماتَ ماج ماضي مالي من مغرب مرَّ معتمرا
معروف حتى مع مسلمةٍ أمثلةٌ ماست كالأمرا
باسم المولى بمعونته عم هدى الإسلام البشرا

حرف (ن)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى لسان المعالج ملامساً للثة العلوية ومنابت الأسنان العلوية ثم يضع يده أمام أنف المعالج ليشعر بخروج الهواء من الأنف احتكاكياً مستمراً مع وضع اليد الأخرى على الحنجرة ليشعر باهتزازات الأحبال الصوتية عند نطق الصوت.

حين تلاقي حرف النـــونِ	فبه. أقسم رب الكـــــونِ
نبتٌ ناسٌ نبـــــأ نية	ناي نجـــح نجا ذو النـــونِ
نفرح ننتظر ذي أمثلـــة	تنبئ عن سرٍّ مكنـــونِ
يا نورٌ نرجوه ارحمـــنا	وارفعنا مـــن هذا الدونِ

حرف (هـ)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة بأن يقوم المعالج بوضع يد التلميذ أمام فمه ليشعر بخروج الهواء الساخن مندفعاً على يده مع وضع مرآة صغيرة أمام فم التلميذ ليرى البخار الناتج عن نطق صوت الحرف.

هذا الهاء هوى بفـؤادي	آهاتِ في نـــوح الحادي
هاتِ هـــدىً هودٌ وهناءٌ	هرب يهودٌ مـــن أجدادي
هاب الهولُ هدانا فهوى	كهبابٍ في قــعر الوادي
يا وهاب ارحـــم غربتنا	واسلكنا في الـــدرب الهادي

حرف (و)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى شفتي المعالج مضمومتين على شكل دائرة وأن يضع إصبعه في نفس الوقت أمام فم المعالج ليشعر بخروج الهواء ثم يضع يده على الحنجرة ليشعر باهتزازات الأحبال الصوتية عند نطق الصوت.

الـــواو وهى وعلا قمما	والى وسما وفّـــى نمما

واقى وحدةَ وردٍ واسع — وثبَ وجهُ ولدِ ورَما
وشَى وارى ولّى واسى — مثّلْ من يقرأها فهمَا
فتعلّم دوماً يا ولدي — علماً تعلو فيه الأمما

حرف (ي)

يتم تدريب التلميذ بالاستعانة بالمعين السمعي وأمام المرآة ليرى كيفية وضع طرف اللسان خلف الأسنان السفلية وكيفية رفع وسط اللسان لأعلى قليلاً وليرى أيضاً كيفية شد الشفتين على الجانبين مع وضع يد التلميذ أمام الفم ليشعر بخروج الهواء مستمراً مع وضع اليد الأخرى على الحنجرة ليشعر باهتزازات الأحبال الصوتية.

هذا حرف الياء ختام — رمزٌ حفظته الأيام
يجود يموت يذوب يريه — يررَ يحيى يبدو القسام
يلوذ يسوح يرى ويُريع — يغزو معناها الأفهام
يومٌ للباطل يمضيه — يهوي ويسود الإسلام

الخاتمة

هذي الأحرف مثّلناها — يا رب فمنك الإلهام
وختاماً فلتسمع منّي — يا ولدي من غير تجنّي
لغةُ القرآن مبجّلةٌ — فاحفظها من دون تأنّي
لغة فيها نزل النور — وبيان الحق المسطور
وبها تتقدم أمتنا — ترقى في غدها وتسير
تنجب جيلاً فيه العلما — تمضي لذرى العزّة قدما
تمحو جهلاً تنشر عدلاً — تأبى ذلا تعلو الأمما

فعالية العلاج بالموسيقي في تنمية مستوي التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين:

إعـداد* أ.د عادل عبد الله محمد و**د. شريف علي حمدي

تهدف الدراسة الراهنة إلي التأكد من فعالية برنامج للعلاج بالموسيقي في تنمية مستوي التفاعلات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال التوحديين تضم ثمانية أطفال تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٠-١٢ سنة مقسمين إلي مجموعتين متجانستين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة تضم كل منهما أربعة أطفال. وتعتمد هذه الدراسة علي المنهج التجريبي باعتبارها تجربة هدفها التعرف علي فعالية برنامج للعلاج بالموسيقي (كمتغير مستقل) في تنمية مستوي التفاعلات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال التوحديين (كمتغير تابع) كما تعتمد في ذات الوقت علي تصميم تجريبي ذي مجموعتين متجانستين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وكذلك تصميم المجموعة الواحدة. وتم استخدام اختبار جودا رد للذكاء، ومقياس الطفل التوحدي، إعداد عادل عبد الله (٢,٣)، وقائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد ATEC تعريب عادل عبد الله (٢..٦)، ومقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل، إعداد عادل عبد الله (٢..٣) فضلاً عن برنامج العلاج بالموسيقي الذي أعده الباحثان (حيث أعد الباحث الأول الجانب النفسي، وما يتعلق من البرنامج بأسلوب العمل مع الأطفال التوحيديين، وتدريبيهم، وتعليمهم في حين أعد الباحث الثاني الجانب الموسيقي وما يتضمنه من عزف، وإنصات وغناء، وارتجال حر، وإيقاع حركي أي حركات إيقاعية هي البلانش، والنوار، والكرش، وقام بتنفيذه).

وأسفر ت النتائج عن فعالية برنامج العلاج بالموسيقي في تنمية مستوي

* أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية/ كلية التربية/ جامعة الزقازيق.

** مدرس بقسم الصولفيج والإيقاع الحركي والارتجال/ كلية التربية الموسيقية/ جامعة حلوان.

التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين حيث وجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوي التفاعلات الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية. ووجدت فروق دالة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمستوي التفاعلات الاجتماعية لصالح القياس البعدي، ولا بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي بعد شهرين من إنتهاء البرنامج.

مراجع الفصل:

(١) أحمد أبو سعد (١٩٨٣): أغاني ترقيص الأطفال عند العرب، دار العلم للملايين، بيروت، دت، كانون الثاني، لبنان، ص١٩.

(٢) أحمد محمد النابلسي (١٩٨٨): ذكاء الرضيع، سلسلة علم نفس الطفل، عدد ٢، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، ص ٢٩.

(٣) أحمد مرسى (١٩٧٠):، الأغنية الشعبية، سلسلة المكتبة الثقافية، عدد ٢٥٤ مصر الهيئة المصرية العامة للتأليف و النشر ص٥..

(٤) إسحاق يعقوب حسام (١٩٨٧):، التربية الموسيقية، سلسلة دراسات، بغداد، دار ثقافة الطفل ط١،العراق ص ٢٤.

(٥) إسماعيل عماد الدين محمد (١٩٨٦): الأطفال مرآة المجتمع، سلسلة عالم المعرفة عدد ٩٩، الكويت مطابع الرسالة، ص٤٦

(٦) حسام يعقوب (١٩٨٩): مهام التربية الموسيقية بالمدارس الابتدائية، مجلة الموسيقى العربية، المجمع العربي للموسيقى، العدد العاشر القاهرة، جانفي ١٩٨٩ ص ٦٤.

(٧) صادق الرزقي (١٩٦٧): الأغاني التونسية، تونس، الدار التونسية للنشر، تونس، ص ١٥.

(٨)عبد المطلب أبو سيف (١٩٩٨): تربية مشاعر الأطفال في الأسرة، منشورات دار علاء الدين، الطبعة الأولى، سوريا، دمشق، ص ٢٥.)

(٩) فاروق عبد الرحمان مراد (١٩٨٦): الطفل و الرعاية الاجتماعية و النفسية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية و التدريب بالرياض، السعودية، ص٣٣.

(١٠) على محمد السعد (١٩٨٦):، الموسيقى و الطفل سلسلة دراسات بغداد، دار الثقافة للأطفال، ط أ،العراق، ص ١٥.

(١١) محمد أحمد معتوق (١٩٩٨): الحصيلة اللغوية: أهميتها – مصادرها- وسائل تنميتها، عالم المعرفة عدد ٢١٢ الكويت، مطابع الرسالة ص٤٩.

(١٢) ملكة أبيض (١٩٩٣): الطفولة المبكرة والجديدة في رياض الأطفال، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، المطبعة الأولى ص١٨٥.

(١٣) يوسف عبد التواب (١٩٦٧) الطفل ما قبل المدرسة، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة ص٧٩.

(14) «Standard dictionary of Folklore, P653» Voir Abou Said (Ahmed) (4.p2.)

http://www.onefd.edu.dz/programmes/MOYEN/MOYEN/4AM/MUSIQUE.htm

الفصل الخامس

أساليب التدريس العلاجي

مقدمـــه :

وسوف نتحدث في هذا الفصل عن بعض البرامج العلاجية التي تساعد الأمهات والآباء على كيفية التعامل مع أبنائهم ومن هذه البرامج البرنامج الذي طوره الدكتور "إريك شوبلر" (برنامج علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة (تيتش) في عام ١٩٧٢. وقد كان أول برنامج تربوي مختص بتعليم الأشخاص التوحديين، يقوم برنامج تيتش على أسس تأخذ بعين الاعتبار صفات الأوتيزم الأساسية وطرق تعليم الأشخاص التوحديين التي ثبتت فعاليتها في دراسات علمية موثقة. وتعتبر أهم ركيزة للبرنامج هي تعليم الأشخاص التوحديين من خلال نقاط قوتهم والتي تكمن في إدراكهم البصري وتعويضهم عن نقاط الضعف لديهم والتي هي فهم اللغة والبيئة ويتم ذلك من خلال تنظيم البيئة واستخدام معينات بصرية مثل: الصور والكلمات المكتوبة. بالإضافة إلى تعليم التلاميذ يهتم برنامج تيتش بتدريب المختصين والأسر ممن يتعاملون مع أشخاص توحدين إذ **Treatment and Education of Autistic Related Communication Handicapped Children: TEACCH** وتقام دورات تدريبية في جميع أنحاء العالم.

والهدف الأساسي من برنامج تيتش هو تجنب الأشخاص التوحديين الدخول أو البقاء في مصحات نفسية لمعالجة الأمراض العقلية ويتم ذلك من خلال تعليمهم مهارات لغوية اجتماعية وتحضيرهم للتعامل والتكيف والعمل في بيئة المنزل والمدرسة والمجتمع بشكل عام.

مبادىء وطرق التعليم:

(١) التعليم المنظم

تتسم البيئة التعليمية لبرامج تيتش بطابع مميز، فهي مليئة بمعينات ودلائل بصرية مثل الصور والكلمات المكتوبة والمواد بهدف تمكين الطالب من التكيف مع البيئة فالشخص الذي يعاني من الأوتيزم قد يبدي السلوكيات التالية:

- القلق والتوتر في بيئات اعتيادية مما يعيق تعلم التلميذ وتقدمه.

- التعلق بالروتين.
- صعوبات في فهم بداية ونهاية الأنشطة وتسلسل الأحداث اليومية بشكل عام.
- صعوبات في الانتقال من نشاط إلى أخر أو من مكان لأخر.
- صعوبات في فهم الكلام.
- صعوبات في فهم الأماكن والمساحات في البيئة.
- تفضيل التعلم من خلال الإدراك البصري تعويضا عن اللغة الملفوظة.

فلهذا... لمعالجة هذه الصعوبات التي يغلب ظهورها في بيئات تعليمية اعتيادية، طور الدكتور أريك شوبلر مفهوم التعليم المنظم **(Structured teaching)** للأشخاص التوحديين. بناءً على هذه الدراسة أصبح التعليم المنظم "طابعا مميزا لبرنامج تيتش.

هنالك خمس ركائز للتعليم المنظم:

١- تكوين روتين محدد.
٢- تنظيم المساحات.
٣- الجداول اليومية.
٤- تنظيم العمل.
٥- التعليم البصري.

تكوين روتين محدد:

يشمل الروتين الجوانب التالية:

١- تسلسل الأحداث خلال اليوم.
٢- تسلسل الأحداث خلال الأسبوع.
٣- كيفية البدء بنشاط ما.
٤- خطوات النشاط.
٥- الانتقال إلى النشاط التالي.
٦- متى سيقع النشاط.
٧- مقدار المدة التي يستغرقا كل نشاط.

٨- ما يتعلق بالنشاط من مواد وأشخاص وكيفية عرضه.

٩- الأمكنة التي ستمارس فيها النشاطات.

بما أن الشخص الاوتيزمي يجد صعوبة في فهم تسلسل الأحداث خلال اليوم بأكمله لهذا يقوم المسئولين تعليم الأشخاص ذوي الأوتيزم بتوضيح تسلسل الأحداث اليومية في المنزل أو المدرسة للتلاميذ من خلال إتباع روتين معين يشمل العناصر التي ذكرت أعلاه.

(٢) تنظيم المساحات:

إن بعض الأشخاص التوحديين يجدون صعوبة في فهم المساحات في البيئة، ينبغي تنظيمها بشكل يفهمها التلميذ من خلال تحديد بداية ونهاية المسارات مثل: مساحة اللعب الحر ومساحة الأنظار ومساحة الكرسي والمساحة الخاصة بالتلميذ يجب التنويه إلى أنه ليس جميع التوحديين يواجهون مثل هذه الصعوبة إلا أن هنالك دلائل تشير إلى وجود مثل هذه الصعوبات. فإن لاحظ المختصون الأمور التالية فقد يدل هذا على احتياج التلميذ لتنظيم المساحات في البيئة:

١- يكثر تجوله دون اتجاه معين فيبدو وكأنه في حالة ضياع.

٢- يكثر تعثره على الأشياء والوقوع على الأرض.

٣- يعاني تأخرا ذهنيا شديدا أو أنه لا زال صغير السن.

٤- يصعب عليه التنقل من مكان نشاط إلى أخر فقد يتوقف في مكانه أو يتجه الى المكان الغير مطلوب.

٥- يستمر في غلق وفتح الأبواب بشكل متكرر.

في التعامل مع هؤلاء التلاميذ يمكن تحديد مساحات العمل من خلال تنظيم الأثاث وأرفف الكتب أو العمل والملصقات والسجاجيد. وعلى سبيل المثال:

- يمكن وضع شريط لاصق على الأرض لتحديد مساحة أماكن الأنشطة كاللعب الحر أو الحلقة الصباحية وغير ذلك. وبالإضافة إلى ذلك يمكن وضع سجادة بحجم مكان النشاط. أما في حالة عدم استخدام نفس المساحة لأكثر من نشاط واحد، فيفضل استخدام إشارة لتدل التلميذ على النشاط

الذي سيقوم بأدائه. مثلا إذا كانت مساحة اللعب الحر ستستخدم أيضا لنشاط الحلقة الصباحية فقد يضع المعلم سجاجيد صغيرة بحجم ٥×٥. سم ليجلس عليها التلميذ في حلقة الصباح ويخفيها في فترة اللعب الحر ليجعل من هذه السجاجيد إشارة تساعد التلميذ على التمييز بين نشاط الحلقة ونشاط اللعب الحر.

- يمكن وضع أرفف أو حواجز لتحديد باقي أماكن الأنشطة.
- يمكن مساعدة التلميذ على التمييز من نشاط وآخر من خلال ألوان عناصر الأثاث فمثلا: قد يتم اختيار كرسي وطاولة باللون الأزرق لإكمال الأنشطة الفردية (التي يقوم بها التلميذ مع معلمه) وباللون الأصفر لإكمال الأنشطة المستقلة (التي يقوم بها التلميذ بإنفراد دون مساعدة) وفي مثل هذه الأحوال ينبغي أن تعكس صور الجداول ألوان الأدوات المستخدمة لكل نشاط. وهكذا ستكون صور النشاط المستقل في الجدول عبارة عن كرسي وطاولة باللون الأصفر وصور النشاط الفردي في الجدول عبارة عن كرسي وطاولة باللون الأزرق.

(٣) الجداول اليومية:

نظرا للصعوبات التي يواجهها الأشخاص الذين يعانون الأوتيزم في فهم الوقت وتسلسل الأحداث اليومية كان من الضروري استخدام جداول فردية تدلهم على تسلسل الأحداث اليومية. هذه الجداول تساعدهم على تنظيم وقتهم وفهم البيئة، ومعرفة الأحداث اليومية والأسبوعية والشهرية والسنوية. وحين يعرفون تسلسل الأحداث ويتمكنون من التنبؤ بما سيحدث خلال يومهم تنخفض درجة التوتر لديهم مما يساعدهم إلى حد كبير على التعلم.

(٤) تنظيم العمل:

يصعب على الأطفال التوحديين فهم بداية ونهاية كل نشاط. ولمعالجة مثل هذه الصعوبة، ينبغي العمل بشكل يوضح للتلميذ ما يلي:

- ما هو مطلوب؟

- كم هي كمية العمل؟
- كيف يعرف الطفل أن العمل انتهى؟
- ما هو النشاط الذي سيلي؟

هنالك عدة طرق للقيام بمثل هذا التنظيم من بينها استخدام السلات.

يكون التلميذ جالسا على الكرسي وأمامه طاولة العمل. يضع المعلم أرففا من السلات على يمين التلميذ وأرففا أخرى من السلات على يساره بالقرب من طاولة العمل، على أن يكون التلميذ قادرا على رؤية هذه السلات وما في داخلها. ويضع المعلم في كل سلة على يمين التلميذ نشاطا ينبغي على التلميذ أن يعمل عليه. وعند الانتهاء من النشاط يطلب المعلم من التلميذ أن يضعه في إحدى السلات التي على يساره. مثل هذا الأجراء يدل التلميذ على كمية العمل التي ينبغي إنهائها من خلال رؤية الأنشطة الموضوعة في السلال التي على يمينه، ويدله ذلك على وقت الانتهاء منها (فهو يضعها في السلال التي على يساره وعندما ينتهي منها). ويمكن كذلك تنظيم هذه العملية بشكل أدق من خلال وضع بطاقات بألوان مختلفة على الطاولة التي يستعد التلميذ لأن يعمل عليها. قد يتراوح عدد البطاقات من ٢-٥، بعدد سلات العمل. يلي هذه البطاقات بطاقة تدل التلميذ على ما سيقوم به بعد أن ينتهي من الأنشطة. وفي معظم الأحيان يكون المطلوب من التلاميذ التوجه إلى جداولهم. وبالتالي يضع المعلم صورة الجدول كدلالة للتلميذ على أن عليه التوجه إلى جدوله بعد الانتهاء من النشاط.

فيما يلي خطوات توضح إحدى طرق تدريب التلميذ على إتباع روتين تنظيم العمل:

١- تلصق جميع البطاقات على طاولة العمل بالفلكرو، بما في ذلك البطاقات الملونة وصورة جدول التلميذ مثلا: نفترض أن عدد السلال عل يمين التلميذ هو ثلاث سلال. قد نضع كرتا بحجم ٣×٥ أو أكبر باللون الأصفر في أعلى طاولة العمل، يلي ذلك بطاقة باللون الأحمر، وتحتها أخرى باللون الأزرق ويلي ذلك بطاقة صورة الجدول.

٢- نضع بطاقات مطابقة لها في سلات العمل على يمين التلميذ وبنفس الترتيب فنضع على طرف السلة الأولى وليس بداخلها كيسا بلاستيكيا فيه بطاقة صفراء وفي السلة الثانية كيسا بلاستيكيا فيه بطاقة حمراء، وفي السلة الثالثة والأخيرة كيسا بلاستيكيا فيه بطاقة زرقاء.

٣- يقوم التلميذ بأخذ أول بطاقة من طاولة العمل ويضعه في الكيس البلاستيكي الذي فيه البطاقة المطابقة للتي في السلة الأولى (أي البطاقة الصفراء في هذا المثال).

٤- يقوم التلميذ بإنجاز النشاط الذي في السلة الأولى، وعند الانتهاء منه، يضعه في السلة التي على يساره.

٥- يقوم التلميذ بأخذ البطاقة الثانية من طاولة العمل ويضعها على البطاقة المطابقة لها (أي في السلة الثانية من سلال العمل).

٦- يقوم بإنجاز النشاط الذي في السلة، وعند الانتهاء منه يضعه في السلة التي على يساره. ويستمر في العمل هكذا إلى أن يتم الأنشطة.

٧- يأخذ بطاقة الجدول ويتجه به إلى جدوله.

(٥) التعليم البصري:

المقصود بالتعليمات البصرية إرشادات من خلال استخدام دلائل بصرية كالصور والكلمات المكتوبة. وعلى سبيل المثال، كي يتُعلم التلميذ خطوات غسل اليدين، يقوم المعلم بعرض عدد من الصور، تدل كل صورة منها على خطوة من خطوات العمل. تلصق هذه الصور فوق المغسلة التي يقوم التلميذ باستخدامها.

البرنامج الثاني:

هو برنامج تعليمي للأسرة على كيفية التعامل مع ابنهم المعاق برامج لتدخل العلاجي والتأهيل لأطفال التوحيد.

توجيهات للمدرس في تنفيذ لبرنامج التعليمي الفردي.

دور القصة في تنمية المهارات الاجتماعية الدكتور عثمان لبيب فراج.

تلعب القصص الاجتماعية (ومسرح الأطفال) دورا هاما في تعليم وتنمية

التفاعل الأجتماعى إذا أحسن لختيار موضوعاته لتحقيق هذا الهدف.. فالقصة الاجتماعية تتضمن توصيفا لمواقف اجتماعية وتبادل أحاديث ورموز مجتمعية طبيعية تدور بين الناس.. في المناسبات العائلية والقومية وبين الأصدقاء والأقارب وفى الأعياد القومية والتربية الدينية وأعياده وحفلات الزواج والميلاد والرحلات وزيارات المرضى والمباريات الرياضية وغيرها فالقصة المجتمعية ممكن أن تسهم في تنمية التواصل الأجتماعى في مجالات ومواقف متعددة من الحياة اليومية والعلاقات الشخصية كما تسهم في التعريف بما يدور في كل موقف من أحاديث ومجاملات ومواقف متعددة من الحياة اليومية والعلاقات الشخصية كما تسهم في التعريف بما يدور في كل موقف من أحاديث ومجاملات وتعاون وتضحية وتعارف فضلا عن دوره في ترسيخ القيم الروحية والقومية والأصول الدينية والعادات الحضارية وكذلك في تفسير سلوكيات الآخرين والدوافع المحركة لها سواء كانت إيجابية أو سلبية وكذلك ترسيخ الاتجاهات القومية نحو الوطن والمجتمع المحلى والمجمع الأوسع.. وهى جميعا مهارات لجتماعية هامة في حاجة إلى تنمية في المراحل العمرية المبكرة لطفل التوحيد وبحيث تتناسب مع العمر العقلي (Gray 1993).

وعند تأليف القصة لابد من أن تكون مناسبة لعمر الطفل ومستوى نمو قدراته العقلية واللغوية وقدرته على الاستيعاب، وأن يكون الهدف من القصة والموقف الأجتماعى واضحا(على الأقل في ذهن المدرس المؤلف وأن تحتوى ما تتضمنه القصة من جمل وعبارات وصفية قادرة على توصيل معلومة أو معلومات عن المواقف وعناصرها المختلفة والأنشطة التي تجرى خلالها والأشخاص المشتركين فيها، كما تفسر أو تعبر عن التصرف الإيجابي الذي يتطلبه الموقف المعين كما تعبر عن وصف لرد الفعل المتوقع من الآخرين على هذا التصرف.

أما عن كيفية استخدام تلك القصص فإننا نقترح :

أنه بالنسبة للطفل الذي يستطيع القراءة بدرجة جيدة يبدأ المدرس بقراءة القصة مرتين ثم يكلف هذا الطفل بقراءتها مرة كل ويوم لعدة أيام.

أما بالنسبة للطفل الذي لم يتمكن من القراءة بعد فيحسن أن تسجل له

القصة على شريط تسجيل بواسطة المدرس(أو الأب) مع تسجيل دقة جرس عندما تنتهي قراءة كل صفحة.

وعند بدء سماع الشريط يكون أمام هذا الطفل الكتاب أو الكراسي المحتوى على القصة مكتوبة ويدرب الطفل على أن ينظر إلى الصفحة التي تقرأ (كما لو كان يقرأها) وعلى أن يقلب الصفحة للصفحة التالية كلما سمع دقة الجرس المسجلة وهكذا.. على أن يدرب الطفل على سماع القصة والكتاب في يده يوميا حتى يستوعب مع تركيز المدرس على جانبين:

- شرح ما قد يكون قد خفي على الطفل من معاني.
- تدريبه تدريجيا على التعرف على شكل الكلمات التي يسمعها من التسجيل ويراها في صفحات الكتاب.. بمعنى التهيئة لتعليم القراءة (comps 1992).

كذلك يمكن تسجيل قراءة القصة على شريط فيديو صوتا وصورة لكل صفحة من صفحات القصة ويتكرر عرض شريط الفيديو على الأطفال أكثر من مرة يوميا.

إما إذا لم تتوفر إمكانية تسجيل القصة على شريط كاسيت أو فيديو فيمكن تسجيلها كتابة على بطاقات تعرض كل بطاقة منها أمام الطفل أثناء سماع المدرس(أو طفل آخر يجيد القراءة) وهو يقرأ محتويات كل بطاقة ويتكرر إجراء ذلك أكثر من مرة يوميا.

وهكذا فإن استخدام القصة المجتمعية وغيرها من الوسائل المعينة البصرية يصبح جزءا لا يتجزأ من برنامج متكامل لتنمية المهارات الاجتماعية لطفل التوحيد وفى إطار البرنامج التعليمي الفردي"IEP" بما يتضمنه ذلك من مهارات التفاعل اليومي مع الآخرين واستيعاب القواعد الأساسية لسلوكيات كل موقف اجتماعي مما يساعد طفل التوحد على التكيف الاجتماعي العام وتجنب حالات القلق واللجوء إلى الممارسات النمطية غير المرغوبة التي عادة ما يندمج فيها هذا الطفل كلما ازدادت حالة القلق والتوتر الناتج عن قصور قدراته الاجتماعية وفيما يلي نماذج لبعض تلك القواعد التي يتطلبها التفاعل الاجتماعي السليم..

- **تتابع الأدوار بين أطفال الفصل Turn Taking:**

فكثيرا من مواقف اللعب أو أنشطة الفصل تتطلب من الطفل أن يتعلم أن يتوقع وينتظر دوره للاشتراك في تلك الأنشطة في الوقت المناسب ويمكن استخدام القصة المجتمعية في تدريب الطفل على الالتزام والقيام بدوره أثناء النشاط المعين كما يمكن استخدام الصور أو الكلمات المكتوبة على بطاقات مع شرح مبسط للتدريب على أخذ الأدوار وقواعد"اللعبة" شفهيا وعمليا **Rehearsal**.

- **الانتظار Waiting** الاستماع لم يقوله الآخرين أو حتى يحين دور الطفل في المشاركة.
- **الانتقال من نشاط لآخر** بعد استكمال نشاط معين بواسطة المشاركين الآخرين.
- **المبادأة Initiating** وتشمل تشجيع الطفل على التقرب وبدء حديث أو لعب مشترك مع طفل آخر.
- **المرونة Flexibibity.**
- **الصبر.**
- **إجادة.إتقان العمل.**
- **التسامح.**
- **تقبل آراء،الآخرين (Simpson 1997).**

يحسن المدرس صناعا إذا أمكن تدريب بعض الأطفال الآخرين وتشجيعهم على مبادأة الطفل المنطوي على نفسه والتقرب منه وإغرائه بمشاركتهم في اللعب والأنشطة الاجتماعية المختلفة فالطفل يستطيع بسهولة أكثر أن يتعلم من أطفال آخرين مثله طالما تم إعدادهم جيد للقيام بهذا العمل مع زميلهم ويعلب التعزيز أو التدعيم دورا بناءا في مثل هذه الأنشطة التي تدعم نمو المهارات الاجتماعية مثل:

مهارة الإنصات والاستماع للآخرين – الاختيار بين عدة بدائل – نماذج لتقلي مواقف اجتماعية– بدأ يتناول حديث ومتابعته وإنهائه– الانتظار حتى يحين الدور– التعبير عن الشكر والامتنان– الاعتذار بلطف عن أداء العمل – طلب مساعدة – تقديم مساعدة.. الخ(**Egel 88**).

وفي كل هذه الأنشطة والأساليب يجب أن يكون المستهدف من تنمية مهارات اجتماعية معينة هو مساعدة وتشجيع طفل التوحد على التفاعل الاجتماعي في مواقف الحياة اليومية المختلفة وعلى تكوين صداقات مع انتهاز كل الفرص الممكنة لتحقيق ذلك، ويستطيع الآباء من خلال التعاون مع المدرس تنمية تلك المهارات من خلال:

- تشجيع الطفل على تكوين صداقة مع طفل أو زميل آخر ومشاركته في اللعب في المنزل.
- إشارك الطفل في أحد نوادي الأطفال.
- تشجيع الطفل على تركيز ملاحظته للأطفال الآخرين وتقليد أو الاشتراك فيما يقومون به من أنشطة.
- دعوة إلى الاشتراك في أعياد الميلاد وأمثالها من المناسبات.
- الاشتراك في رحلات أو معسكرات صيفية.
- دعوة الأسرة لأقران طفلهم لمشاركته في اللعب والمناسبات السارة الأخرى (Koege 1992).

هذا وقد اتفق العاملون في مجال التوحد على أن القصة الاجتماعية هي من أحسن وأنجح الوسائل في تنمية المهارات المعرفية الاجتماعية والقدرة على التفاعل الاجتماعي ويستخدم في تأليف أو صناعة القصة الاجتماعية أربع أنواع من الجمل أو العبارات هي:

(١) الجملة الوصفية أو التصويرية "Descriptive Sentence":

وهي تصف سلوكيات وأعمال الناس في مواقف اجتماعية معينة أو وصف موقف اجتماعي خطوة بخطوة حتى ينتهي الموقف ومن أمثلتها: (دق جرس المدرسة ليعلن بدء الحصة الرابعة أو للإعلام بانتهاك الدولم المدرسي أو إنذار بحريق "جرس خاص مميز" أو" المدرس قرأ علينا اليوم قصة ممتعة".

(٢) الجملة التوجيهية "Directive Sentence":

وهي جملة توجه نظر التلميذ إلى السلوك الاجتماعي المناسب وهي تصاغ

بأسلوب إيجابي للسلوك المرغوب ولكن دون الحد من حرية الفرد في الاختيار ومن أمثلتها:

- "أنا ألعب في فترات الاستراحة فقط".
- "أنا دقيقت الجرس للسكرتيرة لتحضر فورا بالأوراق المطلوبة".
- "بمجرد سماع الجرس أقف في الطابور وأمشى بهدوء إلى الفصل وأجلس في مكاني واستمع لشرح المدرس".

وكلما زاد عدد الجمل الوصفية كلما زادت فرص الفرد لذكر استجاباته للمواقف الاجتماعية بينما كلما زادت الجمل التوجيهية كلما توفرت التوجهات عن الاستجابة الصحيحة الواجبة على الفرد (Swaggars 1992).

(٣) الجمل التي تحدد ما يجب أن يحدث "Perespective Sentence ".

وهى تقدم استجابات الآخرين لمواقف معينة كي يتعلم القارئ السلوك الاجتماعي المرغوب ومن أمثلتها:

عندما دق الجرس ليعلن نهاية الفسحة وقف التلاميذ وساروا بهدوء إلى فصولهم مما أعجب المدرس، وكان معظم التلاميذ سعداء لسماع قصص أستاذهم الممتعة. وهو يهتم بأن ينصت تلاميذه جيد ولا يتحادثون أثناء قراءته للقصة".

(٤) جمل التنظيم " Control Sentence:

وهى جمل تحدد استراتيجيات يمكن للفرد استخدامها لتنشيط الذاكرة وتفهم القصة الاجتماعية ومغزاها، وهى جمل تضاف إلى القصة الاجتماعية بعد قراءتها ومثلا:

"تذكرني صفارة غلاية الماء التي تشعرنا أن الماء يغلى وأصبح جاهزا لعمل الشاي بجرس المدرسة الذي يعلن انتهاك الفسحة ".

وهكذا نرى أن جمل القصة الاجتماعية تختلف تبعا للهدف الذي ترمى إليه القصة كذلك علينا أن تأخذ في الاعتبار الصورة الحقيقية للتلميذ الذي سيقرأ القصة التي نعدها بحيث يكون المحتوى ومضمون القصة مناسبا له ولقدراته ومهاراته اللغوية واحتياجاته ودافعة.

وكما أشرنا سابقا إذا كان التلميذ قادرا لغويا يسمح له بقراءة القصة مرة أو أكثر يوميا وإذا كان لا يقرأ يسجل له على شريط فيديو ويسمعها المرة بعد الأخرى مع وضع إشارة قلب الصفحة عندما ينتهي ونظل نقرأ حتى يتأكد المدرس من أن المفاهيم والسلوكيات الاجتماعية المطلوبة والمستهدفة من القصة قد تم تفهمها واستيعابها ((Camps.1992.

والواقع أن للقصة الاجتماعية دور هام في تنمية المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي لدى طفل التوحيد، وقد نعد القصة لعدد من الأطفال بعد دراسة مدى نمو مهارات واحتياجاتهم إذا كانت متشابهة.. كما يمكن كتابة قصة لطفل واحد هو الذي يحتاج إلى كتابة قصة الطفل واحد هو الذي يحتاج إلى خصائص اجتماعية وتنمية مهارات مجتمعية معينة ونستخدم هذه القصة في إطار البرنامج التعليمي الفردي له، على أن يهتم المدرس بتقييم فاعلية القصة في تحقيق أهدافها.

استراتيجيات تعديل السلوك Behavior Modification والتعزيز أو الدعمReinforcement :

هو مفهوم أوسع مما نتصور، فهو ليس قاصرا كما قد يتبادر إلى الذهن أن المقصود به معالجة السلوك السيئ فقط، وهذا غير صحيح لأن مفهوم تعيل السلوك أوسع من ذلك كثيرا فنحن نعدل سلوكنا كلما تعلمنا شيئا جديدا في كل يوم من أيام حياتنا وتفاعلنا مع الآخرين بدء من الميلاد يحث نتعلم الكلام والمشي والتحكم في الإخراج ونتعلم الكلام والقراءة والكتابة وهكذا نستمر طول حياتنا نتعلم ويستتبع كل تعلم أو اكتساب خبرة جديدة حدوث تعديل في سلوكنا– وهذا طبيعي فإن التعريف التطبيقي للتعلم هو "تعديل للسلوك" والتعليم هو محور عملية التطبيع الاجتماعي Socialization والتي تبدأ منذ ميلاد الطفل وتستهدف تحويله من كائن بيولوجي عاجز كل العجز لا يمكنه إشباع احتياجاته ولا المحافظة على حياته ويحتاج إلى رعاية كاملة طوال طفولته ومراهقته ليصبح كائنا اجتماعيا يعيش ويتفاعل مع المجتمع ويتعلم مهنة وينتج ويكون أسرة وينجب ويسهم في تنمية مجتمعة.. وفى كل مرحلة من تلك المراحل يتعلم ويكتسب خبرة ويتعدل سلوكه وفى نفس الوقت

يعيش تجارب متصلة من الثوب والعقاب التي تربط ارتباطا وثيقا بعمليات التحكم.

فالطفل ابتداء من الشهر السادس من عمره تقريبا يتعلم أداء سلوك مرغوب يحصل نتيجة أدائه على إثابة ما السلوك غير المرغوب يتكون نتيجته عقابا.

إن هذا المفهوم- مفهوم تعلم أداء شيء مرغوب يجلب الإثابة وأداء سلوك غير مرغوب يؤدى إلى العقاب فيتجنبه هو محور عملية التعلم الذي يعرف بمفهوم التعزيز أو التدعيم.

أ) التعزيز أو التدعيم Reinforcement:

وهكذا فإن السلوك تحكمه نتائجه ويظل الإنسان يؤدى السلوك المرغوب لأنه يعود عليه بالفائدة(تعزيز إيجابي) ويتجنب السلوك غير المرغوب تجنبا للعقاب(تعزيز سلبي) وهكذا فإن عملية التعزيز أو التدعيم هي عملية تؤدى إلى توابع إيجابية إثابة أو تجنب سلوك يؤدى إلى عقاب.

والسلوك عموما سواء كان سويا أو شاذا هو سلوك متعلم مكتسب وفق قانون الإشراط Conditioning والسلوك غير المرغوب أو الشاذ يحدث نتيجة لقصور أو خلل في عملية الإشراط حينما يجرى تعزيز السلوك الشاذ فإنه من الخطأ أيضا التغاضي عن تعزيز أو تدعيم السلوك التوافقي المرغوب Adaptive Behavior.

والسلوك السوي يمكن تعلمه بتكرار إثابته كلما حدث ولكنه يخبو Fades إذا توقفت إثابته.

والتعزيز يكون "أوليا" Primary أو غير شرطي إذا لم يعتمد على خبرة سابقة كالطعام أو الراحة أو الحب والحنان وهى معززات إيجابية أو يكون تعزيز أولى سلبي كتجنب الألم والحر والبرد الشديد أو الحر الشديد.

وقد يكون التعزيز ثانويا شرطيا Conditioned إذا حدث متزمنا مع معزز أولى. وقد يكون معززا عاما إذا ارتبط بشكل متعدد أو متكرر بمعزز أولى أو ثانوي شرطي "كالنقود".

كذلك تصنف المعززات إلى أنواع منها ما هو مادي" شوكولاته – بونبون

- مشروب-طعام - لعبة.. ومنها ما هو حسي (ربت على الخد أو الكتف أو زغزغة) ومنها ما هو رمزي مثل (نقاط أو ماركات أو نجوم يمكن تجميعها واستخدامها في الحصول على هدية أو تكون نشاطا محببا للطفل أو تكون اجتماعية مثل الثناء والاهتمام والعطف والحب أو كلمة تشجيع أو مديح و ابتسامة).

ويتوقف تأثير وفاعلية التعزيز على عوامل عدة أهمها:

١- الاعتماد على التعزيز الايجابي أي الإثابة... أما العقاب فيجب عدم استخدامه إلا عند استنفاذ كافة وسائل التعزيز الأخرى.

٢- يجب استعمال التعزيز فورا بعد إنجاز العمل المطلوب.

٣- يجب اختيار التعزيز المناسب للطفل ولا يتم ذلك غلا بعد ملاحظة ممتدة للطفل لمعرفة نوعية التعزيز الفاعل معه سواء كان ماديا أو نشاطا يفضله أو اجتماعيا أو مجرد تشجيع أو مديح لفظي.

٤- كلما زادت صعوبة السلوك المستهدف أو كان غير مرغوب فيه كلما احتاج إلى درجة أكبر من التعزيز.

٥- تجنب إعطاء المعزز "كرشوة" كي يتوقف الطفل عن البكاء أو الصراخ أو إيذاء الآخرين.

٦- لا يعطى المعزز إلا بعد ينتهي الطفل من إتمام أو أنجاز العمل المطلوب.. إلا إذا كانت صعوبة أدائه كبيرة يمكن لتشجيع الطفل على إكماله يعطى المعزز بعد إتمام جزء منه ثم يشجع على الاستمرار في المحاولة لإتمامه.

٧- يجب تنويع المعزز تجنبا للملل فتنوع المعزز أكثر تأثيرا وفعالية من استخدام معزز واحد لمدة طويلة.

٨- يجب الإقلال أو التخفيف من التعزيز كلما أتقن الطفل أداء العمل المطلوب ولكن بشكل تدريجي بحيث تتباعد فترات ما بين كل تعزيزين حتى يوقف تماما ويصبح إنهاء العمل بنجاح هو أحسن معزز في حد ذاته.

٩- ألا يعطى التعزيز إلا إذا كان الموقف يبرره.

١٠- إلا يستخدم كرشوة بل كمكافأة فعلية على سلوك أو نشاط مرغوب أو نجاح في أداء عمل أو خبرة مكتسبة.

١١- قد يستخدم التعزيز في تشكيل نشاط معين **Shaping** أي يعطى التعزيز لنجاح الطفل في أداء جزء من السلوك لتشجيعه على تعلم الجزء الباقي.

١٢- بالنسبة للأطفال الأكبر سنا وأعلى مستوى ممكن أن يعطى المدرس للطفل حرية اختيار نوع التعزيز بنفسه.

١٣- يمكن إدخال النظام البنكي في عملية التدعيم بحيث يتفق على أن الطفل يحصل على ماركة **Token** أو نجمة كلما أكمل بنجاح أو قام بعمل ثم يستبدل كل مجموعة منها(٢٠-٥٠-١٠..) هدية ذات قيمة **(Akande 1996)**.

وهذا يأخذ التعزيز أنواعا وصورا مختلفة ومنها:

أ- **تعزيزات اجتماعية مثل:**"برافو أنت ولد أو تلميذ ممتاز أو هايل".. " أنت ولد رائع..شاطر.. عشن كده أنا بحبك ".

ب- **تلامس بدنى:** كالربت علي الكتف أو الخد أو حضن أو قبله على الجبهة أو مصافحة مع هز اليد أو ابتسامة.

ج- **تعزيز مادي أو نوعى:** طعام مجبب للطفل أو عصير أو شوكولاته أو حلوى أو لعبة أو كتاب قصص أو رسم.

د- **أنشطة يكافأ الطفل بالسماح له بالقيام بأنشطة محببة له:** مرجحية- رحلة إلى حديقة لحيوان أو الأسماك أو متحف- مشاهدة فيلم فيديو- أو سماع قصة أو أغنية أو برنامج كمبيوتر – أو يترك ليلعب حرا فترة معينة.

ب) إضعاف السلوكيات الشاذة:

لإضعاف السلوكيات غير المرغوبة ثلاث طرق أهمها:

١- إهمال الأبوين أو المدرس للسلوك وعدم إعطاء أي اهتمام على أثر قيام به **ignore it** وأحيانا يستهدف الطفل من تلك السلوكيات جذب اهتمام الآخرين ومهما استمر الطفل في سلوكه أو في بكائه وصراخه فإن عدم الاهتمام به

سيدفعه إلى التوقف حيث لا يجد جدوى من إستمراره.

٢- إيقاف الطفل عن مشاركة أقرانه أنشطتهم المحببة له وتكليفه بالوقوف في ركن من الغرفة لفترة زمنية محددة "Time Out" حتى يتوقف عن البكاء أو السلوك غير المرغوب فيه.

٣- العقاب Punisment: ويجب إذا لم يتوقف الطفل عن سلوكياته الشاذة بعد استخدام الطريقتين السابقتين أن يعاقب بعد صدور السلوك غير لمرغوب به مباشرة مع شرح سبب العقاب له والعقاب لا يجوز أن يكون بالضرب البدني بل يكون عن طريق حرمانه من طعام أو أنشطة يحبها لفترة زمنية أو حرمانه من الحب والعطف لفترة زمنية محدودة أو من اللعب بلعب يحبها أو من مشاركة رفاقة في اللعب.

ولا يجوز أن نلجأ إلى لعقاب إلا بعد إستنفاذ كافة الطرق الأخرى فالعقاب إذا كان بدنيا أو تم أمام أقرانه فإنه قد يؤدى إلى العنف أو السلوك العدواني.

ج) استراتيجية تقديم العون والمساعدة (التلقين) Prompting/ Cueign:

فلمساعدة الطفل على أداء عمل أو نشاط معين بالأسلوب الصحيح يمكن للمدرس تقديم العون الجزئي أو الكلى أو القيام بنفسه بأداء لعمل أو النشاط مرة أو أكثر أمام الطفل ليساعده على تفهم طريقة الأداء أو قد يعتمد فقط على تقديم توجيهاته بشكل نظري لغويا فقط ثم يطلب من الطفل أداء العمل بنفسه. أمثلة: حل لغز سيجان أو puzzles أو تدريب على التقاء العيون بتشجيعه على لعب التصفيق المتبادل مع طفل آخر يقف أمامه (Charlop. 1992).

د) تحليل العمل:

أو تبسيط العمل المطلوب عن طريق تفتيته إلى خطوات صغيرة هي استراتيجية ناجحة ليتعلمه طفل التوحد الذي يعانى من صعوبة في استيعاب تسلسل وترتيب خطوت أو مراحل متتابعة يسهل حفظها وهى استراتيجية يمكن للمدرس استخدامها في تعليم الأعمال أو الأنشطة المركبة وفيما يلى مثال لذلك:

تعلم خطوات غسل الأيدي:

١) يقف الطفل أمام الحوض.
٢) يفتح صنبور الماء البارد أولا.
٣) يفتح صنبور الماء الساخن (في الشتاء خاصة).
٤) يلتقط قطعة الصابون من مكانها بجانب الحوض.
٥) يمسك قطعة الصابون بين يديه ويضعها تحت سيل الماء الدافئ.
٦) يحرك قطعة الصابون حول نفسها بين يديه.
٧) يدير قطعة الصابون بحيث تغطى رغوته جميع جوانب اليدين.
٨) يعيد قطعة الصابون إلى مكانها الأصلي.
٩) يدعك يديه في عدة دورات لينظفها من جميع الجوانب.
١٠) يغسل اليدين بسيال لماء حتى يزيل كل رغاوى الصابون تماما.
١١) يغلق صنبور الماء الساخن أولا.
١٢) يغلق صنبور الماء البارد بعد ذلك.
١٣) يتناول المنشفة من مكانها بجانب الحوض ويجفف يديه جيدا.
١٤) يعيد الفوطة إلى مكانها.

ولا يكتفي المدرس فقط بإعطاء توجيهاته لفظيا بل يقوم فعلا بأداء كل خطوة مع هذه الخطوات أمام الطفل حيث أننا نعلم أن الإدراك الحسي البصري عند طفل التوحد وى من الإدراك الحسي السمعي، وقد يجد نفسه مضطرا لتمثيل أداء بعض أو كل تلك الخطوات أمام الطفل حتى يكتسب خبرة غسل الأيدى تماما آخذا في الاعتبار أن الطفل قد ينسى بعض تلك الخطوات أو ترتيبها وتسلسلها بعد فترة وهنا على المدرس(أو الأبوين) إعادة تعليها للطفل مرة أو مرات أخرى حتى يتقنها وعليه أن يراقب الطفل كل مرة يطلب منه غسيل يديه حتى يتأكد ليس فقط من إتقان كل خطوة بل من استيعابه الكامل للترتيب ولتتابع الصحيح لكل خطوت العمل.

التكامل والشمول integration:

إن التكامل والشمول والتسلسل والتتابع والترابط جميعها عناصر أساسية لا

بد من مراعاتها في تخطيط وتنفيذ أي برنامج تعليمي فردى يستهدف اكتساب خبرات وتنمية قدارت ومهارات مختلفة ومتعددة بمعنى أن أي مهارة يستهدف البرنامج غرسها وتدعيمه ترتبط بمهارات أخرى أو تعتمد على اكتساب أخرى مسبقة لا بد أن يكون الطفل قد اكتسبها والمهارة التي يكتسبها الطفل اليوم تعتبر أيضا أساسية وستلعب دورا هاما في اكتساب مهارة ثالثة سيوفرها له البرنامج غدا وهكذا.

فعلى سبيل المثال إذا كان البرنامج التعليمي يستهدف اكتساب مجموعة من المهارات مثل الإدارك الحسي البصري والسمعي والتقليد والمهارات المعرفية واللغوية والدافعة للتعليم والتواصل أو بمعنى آخر يستهدف باختصار التطبيع الاجتماعي للطفلSocialization كهدف نهائي فإن كل مهارة من هذه المهارات تعتمد على اكتساب مهارات سابقة كما يؤثر اكتسابها على مهارات أخرى جديدة كما يتضح مما يلى:

التكامل والشمول Integration

والترابط بين كل عناصر ومقومات البرنامج التعليمي الفردي IEP

١- الإدراك الحسي البصري والسمعي.
٢- التقليد.
٣- المهارات المعرفية اللفظية والعملية.
٤- اكتساب المهارات اللغوية.
٥- التعليم واكتساب الخبرة.
٦- التواصل اللفظي وغير اللفظي والموسيقى.
٧- المهارات الاجتماعية والتفاعل.
٨- التطبيع بكافة مؤسساته Scrializtion.

فإذا أخذنا مهارة التقليد نجد أنها تعتمد على اكتساب سابق لمهارة الإدراك كما يمهد التقليد لاكتساب المهارات المعرفية والتعليم مهارة أساسية لاكتساب القدرة على التواصل، والتواصل أساسي لاكتساب المهارات الاجتماعية وهكذا.

أمثلة:

- تلعب مهارات التقليد والتعليم الدور الرئيسي في عملية التطبيع الاجتماعي Socialization.

- التقليد اليدوي الحركي أساسي قبل تعلم الرموز والاستثارة اللغوية والتعاون والدراسة المدرسية.
- التنمية الوظيفية للإدراك السمعي والبصري أساسي حتمي لعمليات التعليم واكتساب الخبرة.

لأن المهارات الحركية بنوعيها(الدقيقة والكبيرة) مشوقة للطفل يمكن بنجاح استخدامها في تنمية مهارات أخرى (اللغوية – التنسيق – التعميم) Categorization التفاعل الأجتماعى وتكوين علاقات – رعاية الذات.. وغيرها).

- نفس الأمر ينطبق على الموسيقى.

وهكذا نجد أن كل مهارة معينة تعتمد على مهارات أخرى سبق إتقانها كما أن أي نشاط يقوم به الطفل يتطلب أكثر من مهارة فلذا تحدثنا عن اكتساب المهارات اللغوية فإنها تتطلب مهارة الإدراك البصري والسمعي ومهارات التحكم في العضلات الدقيقة كما يتطلب قدرات أخرى متعددة(القدرة على الاستيعاب والفهم والتعبير والذاكرة.. الخ)، والقدرة على التحكم في العضلات الكبرى Gross Motor تحتاج إلى مهارات الإدراك البصري والتركيز والانتباه وعلى مهارات التتابع والذاكرة والتقليد.. وهكذا.

ولهذا فإن المدرس الذي يخطط لتنفذ نشاط واكتساب مهارة جديدة عليه أن يأخذ في اعتباره المهارات الأساسية التي لا بد من توافرها عند الطفل لتمكنه من استيعاب واكتساب المهارة الجديدة، ومن هنا تتبين أهمية تقويم مستويات قدرات الطفل تمهيدا لإعداد البرنامج التعليمي الفردي بصفة عامة ولإعداد الأنشطة لكل درس من دروسه مع الطفل في الفصل المدرسي، هذه المعرفة تؤدى بدورها إلى نجاح الطفل في أداء النشاط الجديد المطلوب، ونحن نعلم أن كل طفل سواء كان معوقا أو سليما في حاجة إلى النجاح.. والنجاح في حد ذاته من أهم عوامل التدعيم والتعزيز Reinforces وغرس الدافعية Motivation للتعلم.

مصادر أخرى لإثراء خبرات العاملين مع أطفال التوحد:

بعد هذا العرض لخبرات المختصين ومراكز البحوث العلمية والتربوية في مجالات تخطي وتنفيذ البرامج التعليمية الفردية لأطفال التوحد وما تضمنته تقارير البحوث الميدانية من توجيهات تطبيقية للمدرسين والأخصائيين الراغبين في تنمية ورفع فاعلية جهودهم ومستوى أدائهم في العمل مع هؤلاء الأطفال- فقد رأينا أن نوفر للقارئ الكريم مصدرا ثريا بالخبرات الواقعية الموضوعية المستخلصة من خمس كتب تعتبر من أهم مصادر المعلومات عن إعاقة التوحد حيث قام بتأليفها السيدتان تمثل جراندين، دونا ويليامز اللتان عانتا من إعاقة التوحد منذ الطفولة المبكرة وبعد صراع مرير مع أعراض تلك الإعاقة القاسية نجحنا في قهرها وتحقيق نجاحات مبهرة تمثل في الوصول إلى مراكز علمية رفيعة بين أساتذة الجامعات.

البرنامج الثالث:

هو برنامج تدريبي للمهارات العامة

أولا: المهارات الحركية العامة .Motor Skills

عزيزي القارئ يتوقف اختيار النشاط والتمرين والأسلوب على ما يلي:

١- قدرات واحتياجات التلميذ.

٢- قدرته على اجتياز التقييم ونتائجه.

ثانيا: المهارات الحياتية اليومية الاستقلالية (العناية بالذات) والتي تتمثل في خلع الملابس:

١- ارتداء الملابس.

٢- غسل اليدين والوجه والشعر.

٣- تمشيط الشعر.

٤- مهارات مائدة الطعام وتناول وجبة الطعم.

٥- استعمال بعض الأجهزة والأدوات المحيطة بالبيئة مثلا:

- أطفئ النور.
- أغلق الباب: افتح الباب.
- أغلق التلفاز: افتح التلفاز.

في حين إن زينب محمود شقير (١٩٩٩:١٥.-١٥٣) وفاروق الروسان (٢..١٤٢:١-١٤٣) يحددان المهارات الحياتية التي تتضمنها برامج ومناهج المعوقين عقلياً والتي تشكل في مجموعها المادة المتعلمة للمعوقين عقلياً فيما يلي:-

١) المهارات الاستقلالية وتشمل:

أ- مهارات الحياة اليومية.

ب- مهارات العناية بالذات وهى تضم:

- مهارة غسل الوجه بالماء والصابون.
- مهارة غسل اليد بالماء والصابون.
- مهارة استخدام أدوات المائدة والتعرف عليها.
- مهارة الشرب من الكوب بدون سكب.
- مهارة الحفاظ على نظافة غرفة الطعام.
- مهارة الاستعداد للانصراف.
- مهارة خلع حاكيت.
- مهارة خلع حذاء.
- مهارة خلع جوارب.
- مهارة خلع بنطلون ولبسه.
- مهارة المسكة الصحيحة لفرشاة الأسنان.
- مهارة غسيل الأسنان بدون معجون.
- مهارة طلب دخول الحمام عند الحاجة.
- مهارة استخدام الحمام لقضاء الحاجة.
- مهارة القدرة على ترتيب الفصل.

٢) المهارات الحركية.

٣) المهارات الأكاديمية.
٤) المهارات المهنية.
٥) المهارات الاجتماعية.
٦) مهارات السلامة.
٧) المهارات الاقتصادية.

أما باروف وجريجوري (O Baroff,G.S. & Gregory،.(1999:19 فيحددان المهارات الحياتية اللازمة للأطفال المعاقين عقلياً في:

١) مهارات الاتصال.
٢) مهارات العناية بالذات.
٣) المهارات المنزلية.
٤) المهارات الاجتماعية.
٥) مهارات الصحة والأمان.
٦) المهارات الوظيفية الأكاديمية.
٧) مهارات وقت الفراغ.
٨) مهارات العمل.
٩) مهارات التواصل.
١٠) مهارات ضبط النفس

ثالثاً: المهارات الاجتماعية SOCIALIZA TION SKILLS.

سلوكيات التفاعل والعلاقات الاجتماعية: INTRE PERSONAL BEHAVIORS

١) التواصل البصري.
٢) النظر للمتحدث.
٣) اختار الألعاب.
٤) تحديد مكان اللعبة.
٥) تحديد المكان المناسب للعبة.
٦) تحية الآخرين.

٧) التفاعل مع المجموعة.

٨) التعرف على الغرف والوصول إليها.

٩) اللعب الجماعي – والثنائي.

١٠) الدمج مع المجموعة والتعاون.

رابعا: اللغة والكلام: SPEECH & LANGUAGE.

تتميز لغة الطفل الأولي باللغة غير اللفظية ومن هنا نورد بعض العناصر الأساسية وهي:

١) دعم الانتباه ومتابعته للشخص المتحدث باستدارة الرأس والعينين باتجاه المتحدث.

٢) تحدي مصدر الصوت.

٣) الانتباه لمحدثه عند ذكر اسمه من قبل أخصائي التوحد. مثال ذلك:

- محمود – مقال – إلى الباب
- محمود هات الكرسي
- اسمع صوت الجرس.

٤) النظر والاهتمام للأجسام عند عرضها عليه أو وقوعها أمام عينه مثال ذلك:

- إسقاط السمكة في الماء.
- إسقاط السلحفاة في الماء.

٥) اختيار اللعبة المفضلة وكيفية التعامل معها مثلا:

- محمود يحب القلم جدا ومتعلق به لدرجة الجنون ودائما يحب الشخبطة على أي شئ (ورقة– نشب حائط – طبق).

٦) تقليد بعض تصرفات المعالج أثناء سماعه للأمر اللفظي من الأخصائي.

٧) تقليد تعبيرات وجه الأخصائي.

٨) استعمال الحركات اللغوية الإشارية.

٩) الإشارة لعدد من أجزاء جسمه (بطني – عيني – رأسي – شعري– فمي – أنف –يدك – رجلى) وهكذا.

١٠) الإشارة للأمر اللفظي من قبل الأخصائي مثال ذلك: محمود اشرب ميه:

عرض مقترن بشرب الماء.

- محمود افتح الباب: مقترن بفتح الباب عندما يمسك قلم خشب ويحاول أكله.
- أصدر صوت مفاجئ مقترنا بالنهي: لا مكرر سماع الصوت.

١١) الاستجابة لأمر جزئي واحد من خطوة واحدة ومن خطوتين من ثلاث خطوات، ومن أمر مركب عند التحية للسلام يتم تحريك اليد دليل على السلام والودع في أوقات مختلفة.

اللغة التعبيرية:

١) إعادة الأصوات البسيطة والخفية.
٢) تكرار استعمال للغة الطفولية – المهمة وتنظيمها.
٣) إصدار أصوات لفظية بدلا من الصراخ العشوائي.
٤) الإشارة على الموضوع الذي يريده مع إخراج أصوات رمزية.
٥) تقليد بعض الأصوات الصادرة عن الأخصائي.

خامساً: الإذعان وإطاعة الأوامر اللفظية COMPLIANCE TRAINING

١) متابعة الأوامر اللفظية.
٢) فهم المطلوب من الأمر.
٣) تنفيذ المهمة والبدء بها.
٤) الاستمرار بالتنفيذ.
٥) الانتهاء من التنفيذ.
٦) الاستعداد لتقبل المهمة الأخرى.

سادساً: برنامج المهارات الذاتية والاجتماعية

- المهارات والنشاطات الاجتماعية.
- مهارات السلوكيات والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين:

يجب إتباع الخطوات التالية أثناء تنفيذ البرنامج:

١) دربي طفلك على إطاعة أوامر الكبار.

٢) عزز وكافئ طفلك بعد الاستجابة.

٣) تكرار إصدار الصوت المراد استهدفه للطفل.

٤) افتتاح المجال للطفل لسماع وإصغاء الأمر وتأكد من ذلك بالطلب إليه لإعادة المطلوب منه.

٥) العمل معلى تعزيز اللعب التعاوني الثنائي مثال ذلك: تمثل الأدوار بين شخصين يكون أحدهما قادرا على تنفيذ الأمر. مثال ذلك:

- اجعل طفلا يراقب مرأ بسيطا أعطى لطفل آخر من أقرانه وقام بتنفيذه واجعل الطفل الأول يقلد ما نفذه الطفل الثاني وعزز الطفل المنفذ للأمر.

٦) درب الطفل على متابعة وتنفيذ الأوامر اللفظية البسيطة وعززه بالمدح حالة تنفيذ المهمة.

٧) خلال جلسة التدريب أو الحصة العمل على إيجاد تعليمات يتوجب على الطفل إتباعها وامنح الطفل جائزة– قطعة من الحلوى أو نجمة تطبع على جبينه أو على كتابة أو دفتره خال إتمام مهمته.

- أكتب للطفل في دفتره الخاص بعض المهام وعززه فور أداء ونجاح مهمته.
- شجع طفلك على النظر إليك سواء للمعالج لو الأم أو الأب أو الأخوان – محاولا جذب انتباه كلما أمكن ولا نجعله يشرد ذهنه ويتشتت منك قدر الإمكان.
- وضع قوانين خاصة بغرفة الدرس ومنها أن من ينصت وينظر جيدا سوف يمنح جوائز كثرة محببة له مثال ذك: القلم: اللعب الخارجي. لرسم. التلوين. مشاهدة الصور. وقت حر لاستعمال الكمبيوتر – أو اللعب على الآلة موسيقية محببة– أو قطعة شوكولاته والاستماع الجيد يتميز في إعطاء الطفل الفرصة الإجابة عن بعض الأسئلة مثل:
- هات السمكة الحمراء.
- ناوله الكرة.
- ناوله الطبق.
- ناوله المسطرة... وهكذا.

- قم أيها الأخصائي أو أنتيها الأخصائية بصفة مستمرة إرسال ملاحظاتك لولى الأمر ودائما أظهر الجانب المشرق الجيد للطفل الجوانب الإيجابية والجميلة الموجودة للطفل.
- في حال عدم قدرة الطفل على تنفيذ المهارات أو الوصول إلى الإجابة الصحية أعطه الإجابة الصحيحة ثم دربه عليها ثم كافئه. ثم اطلب منه إعادتها مرة أخرى.
- مرن الطفل على التعبير عن استجابات المدح والإطراء عليه وتنفيذه.
- مرن طفلك على معرفة القوانين وأنظمة المنزل أو المدرسة واكتب لائحته بذلك وعلقها على خلف باب غرفته.
- مرن الطفل على أنه لا يجوز أن يصدر أصواتا طفلية أو يتحرك بدون إذن مسبق.
- مرن الطفل على الاستئذان وفى جلة عدم الاستجابة ينال عقابا خفيفا مثال صورة طفل مكشر أو يبكى أو يدر رأسه للحائط.
- شجع الطفل على إلقاء التحية مثل السلام باليد ونطبق الأخصائي في كلمة السلام عليكم وتكرار ذلك أكثر من مرة.
- نفذ مع الأطفال داخل غرفة الصف الدراسي لعبة تبادل الأدوار مثل التحية، والسلام، وتفضل لو سمحت اعطني – خذ – قف – افتح الباب يا محمود وهكذا
- شجع الطفل على توجيه النظر للمعالج أثناء النطق باسمه مثال ذلك:
- انظر لي يا محمود من فضلك.
- أنا جمال عبد الناصر
- من فضلك اعطني الورقة.
- من فضلك اعطني السمكة.
- من فضلك اعطني السيارة.
- من فضلك اجلس بصورة جميلة.

- من فضلك ربع أيديك.

هكـــــذا..

في حالة عدم قدرة الطفل التوحدي على التآزر البصري لدى الأخصائي يتبع الآتي:

١) مسك اليدين.
٢) مسك ذقنه وتوجيه نظرة إليه.
٣) مواجهة الأخصائي للحالة أثناء التدريب.. نحن نعلم أن الطفل القوى يعيش في عالم آخر بعيدا عن الواقع ينظر إلى الشبابيك، ينظر إلى أعلى مركز بصره حول المجهول محلقا إلى السماء بعيداً عن الواقع، للواقع بالنسبة له مفصول تماما عن عالمنا الذي نعيش فيه.. ولذا نحن نحس بالفصل واليأس خلال الجلسات الأولى والكل يتوقع الفشل، ولكن بعد العمل والتدريب المستمر والتكرار يتم تحسين التواصل البصري لدى الحالة. ويبدأ التعلق بالمعالج في الشهر الثالث أو الخامس وهنا يحدث تغير جذري في السلوك والتواصل البصري، ولكن التواصل القوى مازال مكبوتاً، لم ي حدث تحسنا ملموسا إلا في الأشهر الست الثانية من بدأ العمل مع الحالة ولذا نحن نوصى بالصبر والتأني مع الحالة حتى يتم تعديل السلوكيات غير المرغوبة ويندمج الطفل في مجتمع كان بالأمس يلفظه ويتجاهله إلى مجتمع يطالب باحتضانه ودمجه ومن هنا نحن نطالب بأن نشجع الطفل على الإدماج مع المجموعة، وفى حالة مضايقته ينسحب منها.

- في حالة حدوث تشنج أو بداية عدون يقوم المعالج بسحب الطفل من يديه في حالة مضايقته من شخص آخر.
- شجع الأطفال الذين يعانون من التوحد على اللعب الزوجي- والثلاث والرباعي، على اللعب الجماعي ولعب الورقة، البازيلز. المكعبات. لعبة الكراسي.
- شجع الأطفال على اختيار بعض الألعاب وإعادتها إلى مكانها بعد الانتهاء منها _ وعززه على السلوك الجيد.

- شجع الأطفال على اختيار ونقل بعض أدوات الرسم ولوازم الرياضة أو القصص أو أشرطة التسجيل وسماعه القصة وتكرار سماعه القصة من حين إلى أخر.
- في أثناء اللعب الجماعي والترويحي راقب الأطفال جيدا وامدح وشجع من يشارك بشكل فعال وتصويرهم على الروح الرياضية وحب النظام وتنفيذ التعليمات.
- راقب الأطفال المنطوين على أنفسهم والمعزولون ومد أوقاتاً ومسببات انطوائهم ودونها في دفتر ملاحظاتك واعمل على وضع الخطط العلاجية وأهما تعديل السلوك النمطي العدواني تجاه الذات مثل ضرب اليدين أو الرأس أو الرجلين أو قضم الأظافر أو غير ذلك.

ويري إليانور لينش وآخرون (١٩٩٩:٥٥-٥٨) أن مهارات الأطفال ذوي الإعاقات العقلية البسيطة هي:

- المهارات الحركية.
- المهارات اللغوية.
- مهارات الاعتماد علي الذات (المهارات الحياتية).
- المهارات الاجتماعية.
- المهارات المعرفية.

سابعاً: مهارات مائدة الطعام Eating skills

وتتمثل في إعداد برنامج متعامل عن كيفية تناول وجلوس الطفل التوحدي لمائدة الطعام:

وتعتبر هذه المهارات من أهم المهارات الاستقلالية اليومية الرئيسة ويعتمد إتقانها على عدد من العوامل مثل العمر الزمني ودرجة الإعاقة وطبيعة الأطعمة، وقد يبدو تعليم هذه المهارات أمراً سهلاً للطفل العادي إلا أن الأمر ليس كذلك للطفل المعاق عقلياً وتتضمن مهارات تناول الطعام المهارات الفرعية التالية:

- مهارات الإطعام في الوضع الصحيح.

- مهارة تناول السوائل.
- مهارة المضغ والبلع.
- مهارة استعمال الملعقة.
- مهارة استعمال مناديل السفرة.
- مهارة استعمال أدوات المائدة.
- مهارة آداب المائدة.

ويتمثل الهدف العام من تنمية مهارات الطعام لدى الفرد المعاق عقلياً في اعتماده على نفسه في إطعام ذاته وفى قيامه بأنماط السلوك الأجتماعى المناسبة المتعلقة بمهارات تناول الطعام.

١) حدد وقتا محددا لتناول الواجبات، ووقتا للانتهاك من وت كل وجبة.
٢) حدد مكانا جيدا وآمنا ومحدد لتناول الواجبات (صالة الطعام).
٣) علق صورا مرسومة ملونة لأنواع الأطعمة المختلفة والمختارة والأدوات الطعام على جدران قاعة الطعام.
٤) لختيار طاولة الطعام ومقاعدها لتتلاءم وحجم المتدربين وأوضاعهم الجسمانية.
٥) عدم تواجد أي مصادر للنيران أو المواد الخطرة في قاعة الطعام.
٦) رسم أو لصق لوازم الطعام على الطاولة برسامات واضحة وملونة حسب سعة الطاولة وعدد المتدربين.
٧) احرص على تعليق ساعة حائط تصدر صوت جرس لتحديد موعد الانتهاء من الطعام.
٨) عمل طبقات بسيطة كدليل للطالب إلى غرفة الطعام.
٩) التدريب الفردي كل طفل على حدة في البداية حتى تكتمل مراحل التدريب.
١٠) للأطفال القادرين يمكن تدريبهم على الانتظار لتناول بعض أدوات الطعام من مشرفة الطعام.
١١) تحديد مجموعة للأطفال من (٤-٦) أطفال على الطاولة.
١٢) ضع طفل قادرة على تنفيذ الأوامر أمام طفل غير قادر على التنفيذ.

١٣) إعطاء الطفل فرصة لمساعدة في إعداد طاولة الطعام.

١٤) يمكن تمرير الطفل على الأطعمة لاختيار الأنواع المختلفة.

١٥) غسل اليد قبل الأكل وتجفيفها.

١٦) التدريب على استخدام المعلقة من صحن عميق وكيفية وضع الملعقة في الفم وتعويده على عدم ملء المعلقة وكيفية وضع الملعقة في الفم – ودرجة الفتح والمضغ، والبلع والسيطرة على كمية الطعام وثباتها على المعلقة.

- تكرير التمرين خطوة خطوة بالأمر اللفظي والإيجابي مسبقا.
- تكرر التمرين بدون مساعدة جسمانية وباللفظ مع التعزيز.
- تشجيع الطفل على "التغميس" باليد دون معلقة.
- تدريب الطفل على تفريغ الماء من الزجاجة في الكوب وذلك عن طريق مسك يد الطفل ومساعدته في تفريغ الماء. ثم أجعل الطفل يتناول الكوب بيده الاثنين ورفع الكوب إلى فمه. وتكرار التمرين حتى يتقنه الطفل.
- يمكن تكرار نفس تمرين سكب الماء بسكب الطعام وتناول الطعام إما باستعمال المعلقة أو بالتغميس بالخبز.
- تكرار التمرين مع الفاكهة والعصائر.
- إعادة لوازم الطعام.
- التدريب على تنظيف أدوات الطعام وإعادة الكراسي إلى مكانها.

ثامناً: مهارات ارتداء الملابس Dressing skills:

تأتي أهمية هذه المهارات في كونها تمثل المظهر الاجتماعي للفرد المتخلف عقلياً ودورها في مدى تقبل الفرد المعاق من قبل الآخرين ويعتمد إتقان المعاق عقلياً لهذه المهارات على عدد من العوامل أهمها درجة الإعاقة والظروف التعليمية، وتتضمن مهارات ارتداء الملابس المهارات الفرعية التالية:

- مهارة المساعدة في ارتداء الملابس.
- مهارة خلع الملابس.
- مهارة ارتداء الملابس.

- مهارة اختيار الملابس المناسبة للظروف الجوية والمناسبات الاجتماعية.

ويتمثل الهدف العام من تنمية مهارات ارتداء الملابس في اعتماد الفرد المتخلف عقلياً على نفسه في ارتداء ملابسه وخلعها كما دعت الحاجة لذلك وفى اختياره لملابسه الملائمة لمناسبات والمواقف الاجتماعية المختلفة.

وهنا يأتي تقدير الأخصائي لطريقة ونمط التمرين وحسب قدرة الطفل وإمكانياته. برنامج التدريب الفردي مراحل مختارة للتدريب على اللباس.

(لبس الفانلة)

- على الأخصائي أن يقوم بثقة بعرض كل خطوة من خطوات الإلباس والطلب إلى أن يقلده.
- معاونة الطفل على كل محاولة يقوم بها.
- من لبس القميص في الأيدي وغير ذلك.
- من حيث معاونة الطفل في إمساك القيمص ووضعه على رأسه لإدخال الرأس من فتحة القميص ثم إدخال اليدين واحد تلو الأخرى، ثم الإقباض بالقميص من أسفله بشدة للأسفل.
- اجعل الطفل أن ينفذ الخطوات في كل مرة خطوة تلو الأخرى.
- افسخ المجال أمام الطفل ليقوم بتنفيذ كل الخطوات بشكل متوالي حتى يتم عملية الإلباس وينجزها يوميا مع ملاحظة استمرار التعزيزات المطلوبة.

أكمد على التكرار حتى يتقن الطفل هذه المهارة.

مهارة إلباس البنطلون.

على المدرب أن يقوم أولا بتمثيل وعرض عملية الإلباس (البنطلون) وعلى مراحل مجزأة وبسيطة كالتالي:

١) خطوة عرض البنطلون للطفل وجعله يلمسه.

٢) خطوة البنطلون الوظيفية للإلباس وجه البنطلون وظهر البنطلون.

٣) خطورة رفع القدم والساق وادخلها في فتحة البنطلون- بغض النظر عن اليمين أو اليسار حسب قدرة الطفل وتوازنه ووصفه العام.

٤) خطوة سحب البنطلون بوضع القدم والساق.
٥) خطوة سحب البنطلون لمستوى الردفين.
٦) خطوة سحب الردفين لمستوى الخصر.
٧) يفضل لبس البنطلون بدون أزرار.
٨) يفضل التدريب على لبس شورت الرياضة لتسهيل عملية إدخال القدمين والساقين في فتحة الشورت لسهولة رفعة.

- تعزيز المستمر والتشجيع المادي المعنوي أثناء تقليد الطفل بتنفيذ كل خطوة من خطوات الإلباس.
- عرض الخطوات السابقة أولا على الموديل المشابه للطفل التوحدي. وعرض كل خطوة أمام الطفل حتى يتقن تنفيذ هذه الخطوات.
- تأكيد من الطلب اللفظي وأحيانا الإيمائي مع اللفظي للطفل لتنفيذ كل خطوة مع التشجيع المعنوي والمادي.

تاسعا: مهارة إلباس الجرابات (الكلسات)

١) شجع الطفل على لمس الجورب ومعرفة وظيفة الجورب.
٢) شجع الطفل للتعرف على الجورب ووضعته في القدم – بعد الإلباس عن طريق لعبه سواء لطفل أو لطفلة وهي ترتدي الجورب.
٣) اسمح للطفل الإمساك والاقباض بطرف الجورب العلوي الخاص باللعبة. وسحبه مرة أخرى تلو الأخرى.
٤) اعم على السماح للطفل التعرف على جورب زميله أو زميلته، واطلب من زملائه نزع وإلباس الجورب أمامه عدة مرات.
٥) اطلب من الطفل تقليد كل مرحلة حتى يتقنها.
٦) تأكد من الطلب اللفظي وأحيانا الإيمائي الاستشاري مع التلفظ به من الطفل لتنفيذ كل خطوة مع التشجيع المعنوي والمادي.

عاشرا: مهارة قميص مفتوح:

قم بعرض خطوات الإلباس أمام الطفل خطوة خطوة من مرحلة وضعيته القميص.

- عرض وجه القميص وظهر القميص.
- قم بوضع الذراع الأول في الكم ثم الذراع الثاني ثم سحب القيمص على الكتفين.
- ضم إطباق طرفي فتحتي القميص معا ثم إغلاق السحاب أو الأزرار. ووضعه تحت البنطلون.
- يمكن اتخاذ موديل للطفل والتدريب أمامه.
- يمكن استخدام الخطوات السابقة مع لعبة كبيرة.
- اطلب من الحالة تنفيذ الخطوات ذاتها خطوة خطوة مع التعزيز والتشجيع المستمر.
- يحتاج الأطفال التوحد إلى المساندة على كيفية أقباض ومسك القميص أو البلوزة ثم كيفية ثنى الذراع- ثم وضع اليد في البلوزة ثم كيفية ثنى الذراع – ثم وضع اليد في فتحة القيمص ثم اليد الثانية في الفتحة الأخرى.
- يفضل إلباس الطفل التوحدي على قميص بنصف كم في المراحل الأولى أثناء التدريب.

حادي عشر: مهارة إلباس الحذاء:

١) تشجيع طفلك على التعرف على وظيفة الحذاء بعرض لعبة ترتدي حذاء وصورا من كتاب مصور.

٢) أفسح المجال أمام الطفل لأن يلمس الحذاء وخلعه من قدم اللعبة.

٣) اعرض بعض الصور للأطفال يرتدون أحذية وأجرين حافي القدمين.

٤) درب الطفل على معرفة الحذاء، فرده اليمني وفرده اليسار- ومطابقة الحذاء للقدمين (اليمين واليسار).

٥) قم بتطبيق عملية ارتداء الحذاء خطوة خطوة أمام الطفل.

٦) يفضل استخدام حذاء واسع قليلا وبدون رباط أو أزرار لتسهيل تدريبه.

ثاني عشر: مهارة خلع الملابس كمرحلة متكاملة:

١) افسخ المجال أمام الطفل بعد التدريب على كل مرحلة على حدة- على خلع ملابسه كاملة-خلع الجاكيت – القميص. الحذاء – البنطلون – الجوارب – الملابس الداخلية- المخلوعة.

٢) شجع طفلك على كيفية تعليق ملابسه على علاقة الحائط أو الشماعة الأرضية.
٣) شجع طفلك على تحديد الملابس المتاحة للغسيل ووضعها في سلة أو كيس الملابس المعدة للغيسل.
٤) شجع طفلك ودربه على نقل سلة أو كيس الملابس المعدة للغسيل.

وهكذا حتى يتم تدريب طفلك على أن يكون طفلا سويا قادرا على التفاعل والاندماج مع أسته والمجتمع الخارجي.

ثالث عشر: المهارات الصحية Health Skills :

تعتبر المهارات الصحية من المهارات اليومية الاستقلالية العامة للفرد المتخلف عقلياً كما أنها تعكس مدى وعية لأهمية الصحة الشخصية له وأثر ذلك في تكيفه الأجتماعى مع الآخرين ويعتمد إتقان الفرد المتخلف عقلياً لهذه المهارات على درجة الإعاقة والظروف التعليمية، وتتضمن المهارات الصحية المهارات الفرعية التالية:

- مهارة غسل اليدين والوجه.
- مهارة استعمال أدوات التجفيف.
- مهارة تنظيف الأسنان.
- مهارة استعمال مزيل الرائحة.
- مهارة قص الأظافر.
- مهارة الاستحمام.

وتناولت دراسة سيدة أبو السعود (١٩٩٥) بعض مهارات الحياة اليومية والتي تضمنت مهارات تناولت الطعام والشراب، مهارات ارتداء الملابس، مهارات النظافة الشخصية والمهارات الاجتماعية.

وتناولت دراسة عفاف عبد القادى دانيال (١٩٩٧) برنامجاً تضمن مهارات تناول الطعام والشراب ومهارات الاغتسال وقضاء الحاجة ومهارات ارتداء الملابس.

أما دراسة بريان وباربرا(١٩٩٨) **Matthews,B. & Barbara,B.** فتناولت مهارة استعمال المرحاض.

وتناولت دراسة جاكلين **Jacqueline M.,N. (2..1)** مهارات تنظيف

زجاج النظارة، غلق إبزيم الساعة، غلق سوستة الجاكيت .

وتناولت دراسة بات(H., M. Bat, (2..1 تحسين المهارات التكيفية عند الأفراد المصابين بالتخلف العقلي العميق، في ست مجالات وهي الملبس، والنظافة الشخصية، وتناول الطعام، و استخدام المرحاض، والتواصل والتفاعل الاجتماعي.

في حين تناولت دراسة ميلسا وروث آن (Melissa A.,B.& Ruth (2..4 Ann R. المهارات المنزلية مثل صنع القهوة والشاي والمهارات الاجتماعية المرتبطة بذلك مثل مهارات تقديم القهوة والشاي.

وتضمنت دراسة سحر عبد الفتاح (٢..٥) مهارات اجتماعية تناولت استخدام الفوطة للتجفيف، وتهذيب الشعر وارتداء الملابس وخلعها وارتداء الجوارب والحذاء وخلعهم وارتداء الملابس الداخلية وكيفية خلعها وتناول الطعام والشراب وآداب المائدة ونظافة الأسنان وغلق الأزرار.

وتناولت دراسة فيوليت فؤاد (١٩٩٢) برنامجاً تضمن مهارات:

١) النظافة الشخصية وتشمل (غسيل الوجه، غسيل الأسنان).
٢) مهارات السلوك الاستقلالي وتشمل (تناول الطعام، استخدام أدوات المائدة).
٣) مهارات رعاية الذات الاجتماعية وتشمل (استخدام المواصلات والسلامة من الحريق)
٤) مهارات ارتداء الملابس وتشمل (ارتداء القميص/ البنطلون / الحذاء/ غلق وفتح السوستة).
٥) التواصل اللفظي ويشمل (استعمال التليفون).
٦) الأنشطة المنزلية وتشمل (التنظيف والاهتمام بالحوائط والأثاث).
٧) الأنشطة المهنية.
٨) العد وفهم مدلول الأعداد

ويرى السيد عبد النبي (٢..٦:٥٦-٥٨) أن المتخلف عقلياً يجب أن يكتسب مجموعة من المهارات أطلق عليها المهارات الاجتماعية وهي:

١) مهارات العناية الشخصية (الرعاية الذاتية) وتشمل (تناول الطعام والنظافة

واللبس والخلع والذهاب إلى الحمام وحماية نفسة وممتلكاته والانتقال والتواصل مع الآخرين).

٢) مهارات رعاية شئون المنزل.
٣) مهارات تنمية العلاقات الاجتماعية.
٤) مهارات الانتقال والسفر.
٥) مهارات القيام بالعبادات.
٦) مهارات الترويح عن النفس.

في حين يحدد إبراهيم المغازى (٢٠٠٤: ١٢١-١٢٣)المهارات التالية:

١) مهارات العناية الشخصية وتشمل في مرحلة الطفولة (تناول الطعام والنظافة واللبس والخلع والذهاب إلى الحمام وحماية نفسه وممتلكاته والانتقال والتواصل مع الآخرين)، أما في مرحلة الرشد فتتضمن مهارات (الاهتمام بالمظهر وارتداء الملابس وتمشيط، الشعر وإزالة الشعر الزائد في بعض أجزاء الجسم الداخلية والخارجية أما فى مرحلة المراهقة فتتضمن (مهارات العناية بالأسنان والشعر والجلد والاهتمام برشاقته ونظافته الداخلية).
٢) مهارات العناية بالأمور الجنسية.
٣) مهارات رعاية شئون المنزل.
٤) مهارات تنمية العلاقات الاجتماعية.
٥) مهارات الانتقال والسفر.
٦) مهارات القيام بالعبادات.
٧) مهارات الترويح عن النفس

ثالثا: المهارات الاجتماعية: Social skills

- لقد عرف كومبس، وسلابى (Combs & Slaby, 1977: 27) للمهارات الاجتماعية بأنها القدرة على التفاعل الايجابي مع الآخرين في سياق إجتماعى محدد بالشكل الذي يحقق النفع المتبادل بطريقة مقبولة اجتماعياً.

Combs, T. & Slaby, D.(1977). A social skills training with

children. in Lahey & Akasdin (Eds). Advances in Clinical Child Psychology.

- وعرفها هاسيلت، وزملاؤه (Hasselt, et al, 1982: 413) بأنها مجموعة من الأنماط السلوكية اللفظية وغير اللفظية التي يستجيب بها الطفل مع غيره من الناس، والتي تعمل كميكانيزم يحدد معدل تأثير الفرد في الآخرين داخل البيئة الاجتماعية بدون أن يسبب لهم أي ضرر.

Hasselt,V.; Simon, J.& Matsoun, A.(1982). A program description social skills training for blind children and adolescents. London: Jessicokingsley Publishers.

- كما عرفها إيروين (Erwin, 1994: 3.7) بأنها القدرة على إحداث التأثيرات المرغوبة في المواقف الاجتماعية المختلفة.

Erwin, P.(1994).effictiveness of social skills training with children: A meta analytic study, Journal of Counselling Psychology Quarterly,V. 7 (3), pp:3.5-31..

- وذكر السمادوني أن ريجيو Riggio عرفها بأنها قدرة الفرد على التعبير الانفعالي والاجتماعي واستقبال انفعالات الآخرين وتفسيرها، وأيضاً وعي الفرد بالقواعد المستترة وراء أشكال التفاعل الاجتماعي، ومهاراته في ضبط وتنظيم تعبيراته اللفظية وغير اللفظية، وقدرته على أداء الدور وتهيئة الذات اجتماعياً (السمادوني، ١٩٩٤: ٤٦٢):
- السمادوني، السيد إبراهيم (١٩٩٤). مفهوم الذات لدى أطفال ما قبل المدرسة في علاقته بالمهارات الاجتماعية للوالدين، القاهرة، مجلة دراسات نفسية، رانم، (٣): ٤٥١-٤٨٤.
- وعرفها السيد محمد عبد الرحمن (١٩٩٨: ١٦) بأنها تشير إلى قدرة الطفل على المبادأة بالتفاعل مع الآخرين والتعبير عن المشاعر الايجابية والسلبية إزائهم وضبط انفعالاته في مواقف التفاعل الاجتماعي بما يتناسب مع طبيعة الموقف.
- السيد محمد عبد الرحمن (١٩٩٨). المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس

لدى الأطفال، دراسات في الصحة النفسية (المجلد الأول)، القاهرة، دار قباء.

- وتعرف بأنها مجموعة الأنماط السلوكية اللفظية وغير اللفظية التي يستجيب بها الفرد للآخرين في مواقف التفاعل الاجتماعي المختلفة، وقدرته على التعبير عن مشاعره الايجابية والسلبية بطريقة لفظية وغير لفظية صحيحة، وأيضا قدرته على استقبال انفعالات وتعبيرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية وفهمها وتفسيرها بطريقة صحيحة، بالإضافة إلى قدرته على ضبط وتنظيم انفعالاته أثناء التفاعل مع الآخرين.

اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

Attention deficit Ahyperactivity disorder

يشير اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد إلى زملة أعراض تصف ضعف القدرة على الانتباه، وزيادة النشاط الحركي، والاندفاعية، وهذه الأعراض غالباً ما يصاحبها عجز في المهارات الاجتماعية، وتشخيص الطفل على أنه يعاني من هذا الاضطراب يتطلب ظهور هذه الأعراض على الطفل قبل بلوغه سبع سنوات، وأن تظهر في البيئتين المدرسية والمنزلية معاً لمدة ستة أشهر على الأقل قبل التشخيص (DSM-IV-TR, 2...).

المحور الأول: اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد

تشير نتائج الدراسات التي فحصت اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال أن حوالي (٥. %) من مجموع تلاميذ المرحلة الابتدائية المحالين للعلاج بسبب مشكلات نفسية أو سلوكية تنتشر بينهم أعراض هذا الاضطراب

(Beiser, et al, 2...: 425), Beiser, M. ; Dion, R. & Gotowiec (2...).the structure of attention deficit hyperactivity symptoms among native and non native elementary school children. Journal of Abnormal Child Psychology, V. 28 (5), pp: 425- 437.

ولعل ذلك يبين حجم وخطورة المشكلة الناجمة عن انتشار أعراض هذا الاضطراب بين أطفال هذه المرحلة العمرية مما يدعو إلى ضرورة الكشف عنها

مبكراً لعلاجها وعلاج المشكلات الناجمة عنها والتي تؤثر إما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على التوافق النفسي والاجتماعي لدى هؤلاء الأطفال.

ولقد مرت عملية تحديد مصطلح هذا الاضطراب بعدة مراحل حيث كان ينظر له في بداية القرن الماضي على أنه خلل بسيط في وظائف المخ **Minimal Brain Dysfunction** وفى عام (١٩٥٢) صدرت الطبعة الأولى للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-1) وأشارت إلى فرط النشاط الحركي كأحد أشكال الاضطرابات التي تحدث في مرحلة الطفولة، وفى عام (١٩٦٨) صدرت الطبعة الثانية لهذا الدليل (DSM-11) حيث تناولت النشاط الحركي المفرط، وضعف الانتباه – كل على حدة – وبينت أنهما اضطرابين منفصلين من اضطرابات مرحلة الطفولة (APA, 1952 ; 1968)).

وفى الطبعة الثالثة لهذا الدليل (DSM–111)الصادرة عام (١٩٨٠) أُدخلت أعراض ضعف الانتباه ضمن أعراض هذا الاضطراب، وتم تقسيمه إلى نمطين: الأول منهما هو اضطراب ضعف الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد، والثاني هو اضطراب ضعف الانتباه غير المصاحب بالنشاط الزائد(APA, 198.).

وجاءت بعد ذلك مراجعة الطبعة الثالثة لهذا الدليل الصادرة عام (١٩٨٧)، ومن بعدها الطبعة الرابعة الصادرة عام (١٩٩٤)، ومن بعدها أيضاً مراجعة الطبعة الرابعة لهذا الدليل الصادرة عام (٢٠٠٠) لكي تبين أن هذا الاضطراب هو أحد الاضطرابات السلوكية، وأنه يتميز بثلاثة أعراض رئيسة هي: ضعف القدرة على الانتباه، والنشاط الزائد، والاندفاعية، وبينت أيضاً أن أعراضه تظهر على الأطفال في ثلاثة أنماط حيث تسود أعراض ضعف الانتباه في النمط الأول، بينما تكون أعراض النشاط الزائد والاندفاعية هي السائدة في النمط الثاني، وأما النمط الثالث فإنه يجمع بين كل من أعراض ضعف الانتباه، والنشاط الزائد، والاندفاعية ولذلك يعرف النمط الأخير بأنه النمط ذو الأعراض الكاملة(APA, 1987, 1994, 2...)

ولقد أشارت مراجعة الطبعة الرابعة لهذا الدليل (DSM – IV– TR, 2...) إلى عدد من الأعراض الفرعية التي تندرج تحت الأعراض الرئيسة لهذا

الاضطراب، وأوضحت أيضاً أن تشخيص حالة الطفل على أنه يعاني من هذا الاضطراب يشترط ظهور ستة أعراض على الأقل لكل نمط من أنماط هذا الاضطراب الثلاثة سالفة الذكر على أن يستمر ظهورها لدى الطفل لمدة ستة أشهر متتالية قبل التشخيص، وهذه الأعراض كما يلي:

أولاً: أعراض ضعف الانتباه:

1) يجد الطفل صعوبة في الانتباه لشكل الأشياء ومكوناتها الدقيقة، ولذلك يخطئ كثيراً في الأعمال التي يقوم بها، وفي الأنشطة التي يمارسها.
2) لا يستطيع الطفل تركيز انتباهه على شيء محدد لمدة زمنية طويلة.
3) يعاني من صعوبة شديدة في عملية الإنصات، ولذلك يبدو عند الحديث إليه وكأنه لا يسمع.
4) لا يستطيع متابعة التعليمات، ولذلك يفشل في إنهاء الأعمال التي بدأها.
5) أعماله تخلو دائماً من النظام والترتيب.
6) يبتعد عن المشاركة في الأعمال والأنشطة التي تتطلب منه مجهوداً عقلياً.
7) ينسي دائماً الأشياء الضرورية التي يحتاج إليها عادة في الأعمال التي يقوم بها، أو في الأنشطة التي يمارسها.
8) يتشتت انتباهه بسهولة للمنبهات الدخيلة حتى لو كانت قوة تنبيهها ضعيفة.
9) ينسي دائماً الأعمال اليومية المتكررة والمعتادة التي يقوم بها.

ثانياً: أعراض زيادة النشاط الحركي:

1) يتململ الطفل دائماً في مقعده ويقوم بحركات مختلفة بيديه ورجليه تزعج الآخرين.
2) يظل يمشي ذهاباً وإياباً في المكان الذي يوجد فيه بدون سبب أو هدف واضح.
3) يجعل دائماً المكان الذي يوجد فيه غير منظم.
4) يركض دائماً ويتسلق الأشياء العمودية في المكان الذي يتواجد فيه.
5) دائماً ما يحدث صخباً وضوضاء ولا يستطيع ممارسة العمل أو النشاط بهدوء.
6) يتحدث دائماً بكثرة.

ثالثاً: أعراض الاندفاعية:

١) يجيب دائماً عن الأسئلة قبل استكمالها.

٢) عجول دائماً ولا يستطيع الانتظار حتى يأتي دوره.

٣) يقاطع دائماً حديث الآخرين.

٤) يتدخل في أعمال الآخرين وأنشطتهم على غير رغبة منهم.

والجدير بالذكر أن ظهور أعراض هذا الاضطراب على الأطفال يؤدى إلى انخفاض مستوى مهاراتهم الاجتماعية مما يضعف من قدرتهم على التفاعل الاجتماعي الايجابي مع الآخرين، ولذلك فإن (٥٠%) تقريباً من الأطفال الذين لديهم أعراض هذا الاضطراب يعانون من رفض المحيطين بهم.

(Fredrick & Olmi, 1994: 29..; Dumas, 1998: 82)

المحور الثاني: المهارات الاجتماعية

تشير المهارات الاجتماعية إلى قدرة الفرد على التعبير الانفعالي وضبط وتنظيم تعبيراته غير اللفظية، وفهم انفعالات وتعبيرات الآخرين وتفسيرها بطريقة صحيحة، وتتفاوت هذه القدرات بين الأطفال حيث يكون مستواها مرتفع لدى بعضهم، بينما يعانى البعض الآخر من عجز في هذه المهارات.

والطفل الذي يعانى من عجز في المهارات الاجتماعية تقل قدرته على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين لأن ضعف قدرته على التعبير اللفظي وغير اللفظي يجعله أقل تعاوناً وتواصلاً مع الآخرين وأقل مكانة بينهم، كما أنه يعانى أيضاً من عجز شديد في القدرة على التعبير عن مشاعره الايجابية والسلبية تجاه من يتعامل معهم في موقف التفاعل مما يؤدى إلى حدوث اضطراب في علاقاته الاجتماعية مع المحيطين به (عبد الرحمن، ١٩٩٨: ٢١).

مكونات المهارات الاجتماعية:

بمراجعة الأدبيات المتاحة حول المهارات الاجتماعية التي استعان بها الباحث في الدراسة الحالية تبين أن هذه المهارات يمكن أن تتحدد في أربع مهارات أساسية هي: مهارات المشاركة والتعاون، ومهارات التواصل اللفظي، ومهارات

التواصل غير اللفظي، ومهارات ضبط وتنظيم الانفعالات، وفيما يلي عرض مختصر لهذه المهارات الأساسية:

أولا: مهارات المشاركة والتعاون: Cooperation and participation skills

تتمثل هذه المهارات في اشتراك الطفل مع الآخرين في مواقف التفاعل الاجتماعي، وبدء الأنشطة والمشاريع المختلفة، والاهتمام بالنشاط الجاري وبذل أقصى جهد فيه وتقديم المساعدات المادية الممكنة، وأيضاً تقديم المقترحات لأية مشكلة تواجه المجموعة، وتزكية اقتراح التعاون المتبادل إذا كان هناك خلاف حول القواعد (Berns, 1997: 364).

ثانيا مهارات التواصل اللفظي: Verbal communication skills

تتكون مهارات التواصل اللفظي من المهارات التالية:

أ) **مهارات التعبير اللفظي: Social expression skills**

وهي تشير إلى الطلاقة اللغوية لدى الطفل وقدرته على التعبير عن مشاعره وانفعالاته لفظياً من خلال ما يبدو من خصائص الصوت، والاشتراك مع الآخرين في المحادثات الاجتماعية المختلفة، فضلاً عن قدرته على إدارة الحوار وتوجيه الحديث.

ب) **مهارات الحساسية الاجتماعية: Social sensitivity skills**

وتتمثل هذه المهارة في قدرة الطفل على استقبال وفهم رموز التواصل اللفظي الصادرة عن الطرف الآخر في التفاعل (Riggio, 1986: 65).

وتشتمل مهارات التواصل اللفظي علي أدب الحديث بحيث يكون شكل الحوار وصيغ الكلام مقبول من الطرف الآخر في موقف التفاعل، ولذلك يجب أن يتسم شكل الحوار بما يلي:

١) **المودة**: وتعني قبول الطرف الآخر في التفاعل وإظهار مشاعر الدفء تجاهه، والحرص على جعل اللقاء ممتعاً.

٢) **المحافظة على تقدير الذات للطرف الآخر**: وتتضمن تجنب إحراج الطرف الآخر في عملية التفاعل.

٣) **تجنب صيغ الإلزام في الحديث:** وتعني تجنب استخدام صيغ الأمر في الحديث.

٤) **معرفة كيفية الاعتراض:** وهي تعني حرص الفرد على تأكيد نقاط الاتفاق وتجنب مواطن الاختلاف عند الحديث كأن يقول على سبيل المثال: نعم ولكن، أو أن يكون الاعتراض بإبداء الأسف مصاحباً بإشارات إيجابية غير لفظية مثل الابتسام.

٥) **تهذيب الخطأ:** ويقصد به أن الفرد عندما يتسبب في الإساءة للآخرين أو إحباطهم فإنه يسعى لإصلاح ذلك من خلال الاعتذار وإبداء الأسف وذكر التبريرات.

٦) **تجنب تجاوز القواعد:** وتعني تجنب مقاطعة حديث الآخرين، أو ذكر كلمات غير مناسبة للموقف (عتريس، ١٩٩٧: ١٥ .127 ;: Frankel & Feinberg, 2..2).

ثالثاً: مهارات التواصل غير اللفظي Non verbal communication skills:

وتتكون هذه المهارات مما يلي:

١) **الحيز الشخصي:** وهو يشير إلى المسافة التي تقع بين الفرد والطرف الآخر الذي يشترك معه في الحوار حيث تزداد الاستثارة الانفعالية أثناء الحوار كلما قلت المسافة بين طرفي التفاعل.

٢) **لغة البدن:** وتتمثل في التعبير الحركي للسلوك من خلال حركات الجسم المختلفة وإيماءات الرأس، وإشارات الأيدي التوضيحية وتعبيرات الوجه حيث تلعب هذه الأشياء دوراً مهماً في تحديد محتوى الكلام وتوكيده.

٣) **التواصل البصري:** ويتمثل في مدة التقاء النظر بين طرفي الحوار، وما تحمله هذه النظرات من إشارات غير لفظية تحدد ما نشعر به تجاه شخص ما، وتبين أيضاً ما يشعر به هذا الفرد تجاهنا، ولذلك تختلف نظرات الحب والتأمل عن نظرات الغضب والكراهية. (Buck, 1991: 79.; Frankel, et al, 1997: 1.57)

رابعا: ضبط وتنظيم الانفعالات

وتشير هذه المهارات إلي قدرة الفرد على إتباع التعليمات وقواعد السلوك، وقدرته أيضاً على ضبط مظاهر التعبير عن الانفعالات التي لا تتلاءم مع الموقف، وقبول آراء ومقترحات الآخرين بصدر رحب، والتروي في رد الفعل تجاه الآخرين، والتعبير عن الانفعالات السلبية بطريقة صحيحة (Bagwell, et al, 2..1: 1285)

وتشير الدراسات التي تناولت المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد أن أعراض هذا الاضطراب، والمشكلات الناجمة عنها تؤثر تأثيراً سلبياً على مهاراتهم الاجتماعية مما يجعلهم يستجيبون للطرف الآخر في موقف التفاعل الاجتماعي بطريقة خاطئة ولذلك يرفضهم الآخرين، مما يؤدى إلى عجزهم عن التوافق الاجتماعي مع المحيطين بهم **(Pfeiffer, 1994.; Frankel, et al, 1997.; Pfiffner & McBurnett, 1997.; Steve, et al, 2..3.; Antshel & Remr, 2..3).**

فأعراض ضعف الانتباه تؤدى إلى عدم قدرة الطفل على فهم حديث الآخرين وتفسير التعبيرات غير اللفظية المختلفة المصاحبة له بطريقة صحيحة مثل الإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه، ولذلك فإنه يستجيب للآخرين في مواقف التفاعل الاجتماعي بطريقة خاطئة (Stephen,et al 1996: 574).

وأما بالنسبة لأعراض ضعف القدرة على التحدث فإنها تجعل جمل حديث الطفل ناقصة وكلامه غير واضح، وأطراف حديثه غير مترابطة، ويترتب على كل ما سبق ظهور ضعف في مهارات تواصل هذا الطفل مع الآخرين بشكل عام، ولذلك لا يستطيع التعبير عن مشاعره وأفكاره في مواقف التفاعل الاجتماعي بطريقة صحيحة. (Dumas, 1998: 82.; Purvis & Tannock, 1997: 135)

كذلك تؤدى أعراض الاندفاعية إلى تدخل الطفل في أعمال وحديث وأنشطة الآخرين على غير رغبة منهم، بالإضافة إلى تسرعه في الإجابة عن الأسئلة التي تطرح في مواقف التفاعل الاجتماعي قبل أن تُستكمل (Stephen,et al 1996: 572)، وتكون المحصلة لكل ما سبق أن هذا الطفل لا يستطيع الاستجابة

بطريقة صحيحة في المواقف التي يتفاعل فيها مع المحيطين به في البيئة الاجتماعية مثل الأقران والمعلمين في البيئة المدرسية، والوالدين والأشقاء في البيئة المنزلية مما يجعله يشعر بأنه منبوذ ومرفوض منهم

(Saunder & Chamberes,1996:335.; Whalen & Henker,1998:12..; Hall, et al, 1999: 5.7.; Hanker & Whalen, 1999: 157.; Babinski,et al,1999: 348).

ولقد ذهب ستيفن، وزملاؤه (**Stephen,et al 1996: 577**) لما هو أبعد من ذلك حيث ذكروا أن الأطفال الذين توجد لديهم أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يعانون أيضاً من إعاقة اجتماعية **Social disability**، ولذلك فإنهم يطالبون بأن يكون التدخل العلاجي لأعراض هذا الاضطراب مصاحباً ببرامج سلوكية تهدف إلى تنمية المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال.

برامج تنمية المهارات الاجتماعية:

يشير البرنامج بصفة عامة إلى خطة تحتوى على عدة أنشطة تهدف إلى تنمية قدرات الفرد ومهاراته على أن يكون لكل نشاط منها هدف محدد، ويجب أن يراعى التنوع والتكامل والتناغم بين هذه الأنشطة تجنباً للتكرار والملل.

ويعتبر التخطيط الدقيق للبرامج الموجهة للأطفال ضرورة قومية ملحة في العصر الحديث الذي تفجرت فيه المعرفة، وأصبح لزاماً على المسئولين عن تربية وتعليم الطفل أن يُعدوا له البرامج التي تزوده بالمفاهيم والخبرات والمهارات المختلفة التي تمكنه من الحياة في مجتمع اليوم والتكيف مع متطلباته وإمكاناته الحديثة (بهادر، ١٩٩٣: ٢٧).

بهادر، سعدية محمد (١٩٩٣). برنامج تربية أطفال ما قبل المدرسة بين النظرية والتطبيق، القاهرة، مكتبة الصدر للطباعة والنشر.

Steve, T.; Harlan, G. & Kathie, W. (2..3). enhancing behavioral and social skill functiong in children newly diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder in a pediatric setting. Journal of Developmenetal and Behavioral Pediatrics, V. 24 (1), pp: 51 – 57.

ويذكر ستيف، وزملاؤه (Steve, et al, 2..3: 53) أن البرامج التي تُصمم لتنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد إذا أُحسن إعدادها وتنفيذها فإنها تستطيع تعليمهم مهارات التفاعل الاجتماعي الصحيحة، وتكسبهم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين في محيط البيئتين المدرسية والمنزلية.

استراتيجيات تنمية المهارات الاجتماعية:

تعتمد برامج تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال على عدة استراتيجيات يمكنها أن تكسب هؤلاء الأطفال المهارات التي تساعدهم على التفاعل الايجابي، وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع المحيطين بهم، وأهم هذه الاستراتيجيات ما يلي:

(١) النمذجة: Modeling

يعتبر أسلوب النمذجة من أهم الأساليب التي تستخدم في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال بصفة عامة. (Bldwin, 1992 : 148).

Baldwin, T. (1992). effect of alternative modeling strategies on outcome of interpersonal skills training. Journal of Applied Psychology, V. 77 (2), pp: 147-154.

وهذا الأسلوب يعني إتاحة نموذج سلوكي مباشر أو تخيلي للمتدرب لإكسابه معلومات حول النموذج السلوكي المعروض بقصد إحداث تغيير ما في سلوكه وذلك من خلال إكسابه أنماطاً سلوكية جديدة ومرغوبة (الشناوي، ١٩٩٦: ٣٦٨).

وتُعد النمذجة من الفنيات المعرفية المفيدة في التدريب على المهارات الاجتماعية حيث يتم من خلالها عرض المهارات الاجتماعية إما بصورة حية live modeling، أو بصورة غير حية من خلال الصور، وفي حالة استخدام النمذجة الحية فإن الطفل المستهدف يقوم بملاحظة نمذجة سلوك معين في موقف طبيعي، وأما في حالة النمذجة غير الحية فإن الطفل يقوم بملاحظة السلوك المعروض علي فيلم أو شريط فيديو، ويساعد وصف الأحداث بأسلوب لفظي أثناء النمذجة على جذب انتباه الطفل تجاه ما يراد نمذجته من سلوك ويجعل النمذجة أكثر فاعلية (هارون، ٢..٤: ٢٧).

عبدالله صالح هارون (٢٠٠٤). سلوك التقبل الاجتماعي لدى التلاميذ ذوى صعوبات التعلم وإستراتيجية تحسينه، الرياض، مجلة أكاديمية التربية الخاصة (٤):١٣-٣٦.

وتقدم عروض النمذجة أمثلة للمهارات التي يجب أن يتعلمها الطفل المتدرب والتي يجب أن يكافأ على أدائها، كما يمكن عرض بعض أشكال السلوك غير المرغوب حتى يستطيع الطفل التمييز بين أشكال السلوك المرغوب وغير المرغوب لكي يحثه ذلك على اكتساب مهارات السلوك المرغوب (Erwin,1994: 3.6).

وتشير أدبيات تعديل السلوك إلى عدة عوامل تؤثر على النمذجة أهمها ما يلي:

أ- **خصائص النموذج:** يزداد الانتباه للنموذج كلما كان هذا النموذج محبباً ومشوقاً للمتدرب ومناسباً لسنه وجنسه.

ب- **خصائص المتدرب:** يتطلب نجاح النمذجة أن تتوفر في المتدرب عدة خصائص أهمها الانتباه للموقف واستيعاب المعلومات التي يعرضها النموذج، والقدرة على تخزين السلوك المنمذج علي شكل رموز في الذاكرة، وأيضاً القدرة على استرجاعه من الذاكرة، وأن توجد لدي المتدرب الدافعية لأداء السلوك المنمذج في المواقف المشابهة.

ج- **خصائص مرتبطة بالإجراءات:** وتتمثل في الجوانب المتعلقة بإجراءات التدريب والتي تؤثر على المتدربين بطريقة مباشرة أو غير مباشرة (الشناوي، ١٩٩٦:٣٦٨ -٣٧١).

الشناوي، محمد محروس (١٩٩٦). العملية الإرشادية والعلاجية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

(٢) التعزيز الايجابي Positive confirmation:

يعتبر التعزيز أحد مبادئ تعديل السلوك، وهو يعنى إضافة أو ظهور مثير معين عقب قيام الفرد بالسلوك المرغوب مباشرةً مما يؤدى إلى زيادة احتمالات تكراره مستقبلاً، وينقسم التعزيز إلى نوعين إيجابي وسلبي: فالتعزيز الايجابي يتضمن تزويد الطفل بأشياء مادية أو معنوية يحبها عقب قيامه بالسلوك مباشرة

مثل إعطائه طعام أو شراب معين يفضله الطفل، أو مدح الطفل والثناء عليه، والتعزيز السلبي يعني تخليص الطفل من مثيرات أو أحداث غير مريحة أو منفرة.

وهناك عدة عوامل تساعد على زيادة فاعلية التعزيز أهمها ما يلي:

أ- اختيار معزز مناسب يفضله الطفل.

ب- أن يتم التعزيز عقب قيام الطفل بالسلوك المرغوب مباشرة.

ج- تنويع التعزيز لأن الاعتماد على معزز واحد يؤدى إلى حدوث إشباع لدى الطفل من هذا المعزز مما يحول دون قيامه بالسلوك المرغوب عند تدريبه عليه.

(٣) التلقين: Prompting

يشير التلقين إلى التنبيه الذي يسبق سلوك المتدرب والذي يعمل على استثارة وتحريك هذا السلوك مما يساعد المتدرب على القيام بهذا السلوك بنفسه، ولذلك يزيد التلقين من احتمال تكرار الاستجابة واكتساب المتدرب للسلوك المرغوب، ويساعد التعزيز على سرعة تعلم الاستجابة الملقنة (الشناوي، ١٩٩٦:٣٤٢).

ويتكون التلقين من ملقنات لفظية وغير لفظية وهي كالآتي:

أ- **التلقين اللفظي: Verbal prompt**: وهو السلوك اللفظي الذي يذكر فيه الملقن للمتدرب ما يريد منه أن يفعله.

ب- **التلقين بالإيماءات: Prompt by gesture**: ويتمثل في استخدام إيماءات الجسم لمساعدة المتدرب على فهم ما يريده الملقن، وعادة ما تقترن الإيماءات بالكلمات التي توضح المعنى لكي يفهم المتدرب السلوك المطلوب القيام به (مليكة، ١٩٩٨: ٢٠).

مليكة، لويس كامل (١٩٩٨). تعديل سلوك المعاق عقليا، دليل الوالدين والمعلم، القاهرة، مطبعة فيكتور كيرلس.

وتتضح أهمية التلقين في مساعدة المتدربين على إتقان أداء أدوارهم التي يؤدون فيها السلوكيات المرغوبة، ويتمثل دور الملقن في أن يقدم وصفاً كاملاً للاستجابة المرغوبة بالإضافة إلى توجيه المتدرب أثناء أدائه للسلوك المرغوب، ثم

يقوم بعد ذلك بتقويم الأداء وتقديم عائد للمتدرب، ويجب على المدرب أن لا يستغرق في الموقف حتى يتمكن من إدراك أداء المتدرب وتقويمه بدقة وموضوعية (شوقي، ١٩٩٨: ٤٧).

شوقي، طريف (١٩٩٨). توكيد الذات، مدخل لتنمية الكفاءة الشخصية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

وهناك عدة عوامل تساعد على نقل أثر التدريب للمواقف المشابهة وهي كما يلي:

١) إمداد المتدربين بالمبادئ العامة والمفاهيم المناسبة والقواعد والاستراتيجيات اللازمة لاستخدام المهارة بشكل مناسب.

٢) جعل سياق التدريب مماثلا لسياق الحياة الفعلية بقدر الإمكان.

٣) زيادة مواقف التعلم وإتاحة الفرص أمام المتدربين لتكرار التدريب على المهارات المطلوبة عدة مرات في الجلسات التدريبية.

٤) إتاحة الفرصة للمتدربين لاستخدام المهارات التي تعلموها في سياقات الحياة الطبيعية والتفاعلية.

٥) تقديم التدعيم المناسب للمتدربين عقب قيامهم بالاستجابة المطلوبة بالشكل الصحيح على أن يتم سحب التدعيم تدريجياً عقب تمكنهم من أداء الاستجابة المطلوبة بالشكل الصحيح بحيث يتمكنوا من القيام بهذه المهارة في البيئة الطبيعية بدون تعزيز (Baldwin, 1992: 149).

ثانيا: تحديد الأهداف السلوكية للبرنامج:

بعد الانتهاء من تقديم أنشطة هذا البرنامج يجب أن يكون كل طفل من أفراد المجموعة التجريبية الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٢) سنة وتظهر عليهم أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد قد تمكن من الأداء الصحيح للأنماط السلوكية للمهارات الاجتماعية التي تتمثل في مهارات المشاركة والتعاون، ومهارات التعبير والاستقبال الصحيح في التواصل اللفظي، ومهارات التعبير والاستقبال الصحيح في التواصل غير اللفظي، ومهارات ضبط وتنظيم الانفعالات أثناء التفاعل الاجتماعي على أن يكون مستوى أداء الطفل لهذه

للمهارات أفضل من الذي كان عليه قبل التعرض لأنشطة البرنامج.

السؤال الثالث: ماذا في البرنامج؟

والإجابة عن هذا السؤال تتضمن تحديد محتوى البرنامج، وأنواع الممارسات والأنشطة والمواقف التربوية التي يمارسها الطفل والتي تسعى في مجموعها إلى تحقيق أهداف البرنامج، وسوف يعرضها الباحث باختصار فيما يلي:

١) مهارات المشاركة والتعاون:

يتم تدريب الطفل على هذه المهارات من خلال تعريضه لمواقف تفاعل مصطنعة يبدأ فيها بالتحية والمبادرة بالحوار والاشتراك في الأحاديث الجماعية، وتبادل الأدوات الدراسية، وتقديم المساعدة للآخرين عندما يطلبون ذلك.

٢) مهارات التواصل اللفظي:

يتم تدريب الطفل على هذه المهارات بتعريضه لمواقف مصطنعة بحيث تعبر عن مشاعره وانفعالاته بنبرات صوت واضحة تتناسب فيها شدة الصوت مع طبيعة الموقف، وأن يتجنب في حديثه صيغ الإلزام، وأيضاً يتم تدريبه على الإنصات الجيد لحديث الآخرين وعدم مقاطعتهم أثناء الحديث.

٣) مهارات التواصل غير اللفظي:

يتم تدريب الطفل على أنشطة التعبير غير اللفظي مثل مصافحة الآخرين والابتسام لهم للتعبير عن المشاعر الايجابية تجاههم، وأيضاً يتم تدريبه على أنشطة الاستقبال غير اللفظي لتفاعل الآخرين مثل المتابعة باهتمام لحديثهم وفهم حركاتهم وإيماءاتهم وتعبيرات وجوههم بشكل صحيح.

٤) مهارات ضبط وتنظيم الانفعالات:

يتم تدريب الطفل على التعبير عن انفعالاته السلبية بطريقة صحيحة، وعند اعتراضه على بعض جوانب حديث الآخرين يقوم بذلك بطريقة مهذبة، كما يتم تدريبه أيضاً على أن يتقبل بصدر رحب النقد والآراء والمقترحات التي تخالف رأيه، وأن يعتذر عندما يخطئ أو يقدم التبريرات المناسبة.

مراجع الفصل

(١) إبراهيم، عبد الستار؛ الدخيل، عبد العزيز؛ إبراهيم، رضوى (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل، أساليبه ونماذج من حالاته، الكويت، سلسلة عالم المعرفة(١٨٠).

(٢) إبراهيم محمد المغازى (٢٠٠٤): مدخل إلى التخلف العقلي، القاهرة، المكتبة الأكاديمية

(٣) أبوسريع، أسامه سعد (١٩٩٣). الصداقة من منظور علم النفس، الكويت، عالم المعرفة (١٧٩).

(٤) جلين ويلسون (ترجمة)شاكر عبد الحميد (٢٠٠٠): سيكولوجية فنون الأداء سلسلة عالم المعرفة، العدد ٢٥٨، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

(٥) الخطيب، جمال؛ الحديدي، منى (١٩٩٦).الخصائص السيكومترية لصورة عربية من مقياس ماتسون لتقدير المهارات الاجتماعية لدى الأطفال، رسالة التربية وعلم النفس (٨):٥٣-٧٦.

(٦) د.عادل عبد الله. (٢٠٠٣)، الأطفال الاوتيزميون، القاهرة

(٧) الدردير، عبد المنعم أحمد (١٩٩٣). المهارات الاجتماعية لدى التلاميذ ذوى صعوبات التعلم بالمرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية بأسوان، العدد(٩): ١٣٨-١٥٣.

(٨) زينب محمود شقير (١٩٩٩): سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين: الخصائص، صعوبات التعلم، التعليم، البرامج، التأهيل،البرامج، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

(٩) زينب محمود شقير (٢٠٠٥): التعليم العلاجي والرعاية المتكاملة لغير العاديين، سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة، المجلد الثاني، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

(١٠) سحر عبد الفتاح خير الله (٢٠٠٥): مدى فاعلية التعليم الحاني في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً من فئة قابلي التعليم، رسالة ماجستير غير منشوره، جامعة الزقازيق -فرع بنها، كلية التربية.

(١١) السمادوني، السيد إبراهيم (١٩٩٤).مفهوم الذات لدى أطفال ما قبل المدرسة في علاقته بالمهارات الاجتماعية للوالدين، القاهرة، مجلة دراسات نفسية، رانم، (٣): ٤٥١-٤٨٤.

(١٢) سيد أحمد، السيد على (٢٠٠٤). التنبؤ بالذكاء والتحصيل الدراسي من أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، الرياض، مجلة أكاديمية التربية الخاصة: ٣٧-٩٢.

(١٣) سيد أحمد، السيد على (٢٠٠٤). برنامج مقترح لتنمية الانتباه البصري لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، رسالة دكتوراه غير منشورة، القاهرة، معهد الدراسات العليا للطفولة.

(١٤) سيد أحمد، السيد على؛ بدر، فائقة محمد (٢٠٠٤). اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال، أسبابه وتشخيصه وعلاجه، الرياض، الأكاديمية العربية للتربية الخاصة.

(١٥) السيد عبد النبي السيد (٢٠٠٤): الأنشطة التربوية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

(١٦) سيده أبو السعود حنفي (١٩٩٥): العلاقة بين استخدام البرنامج فى خدمة الجماعة وإكساب الأطفال المتخلفين عقلياً مهارات الحياة اليومية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.

(١٧) عادل عبد الله والسيد محمد فرحات (٢٠٠١) إرشاد الوالدين لتدريب أطفالهما المعاقين عقلياً علي استخدام جداول النشاط المصورة وفعاليته في تحسين مستوي تفاعلاتهم الاجتماعية، المؤتمر السنوي الثامن: ٤-٦ نوفمبر، جامعة عين شمس، مركز الإرشاد النفسي، ص ص٧١-١١٥.

(١٨) عبدالرحمن، محمد السيد (١٩٩٨). المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى الأطفال، دراسات في الصحة النفسية (المجلد الأول)، القاهرة، دار قباء.

(١٩) عتريس، هاني إبراهيم (١٩٩٧). المهارات الاجتماعية وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب الجامعة، كلية الآداب بالزقازيق، رسالة ماجستير غير منشورة.

(٢٠) عفاف عبد الفادى دانيال (١٩٩٧): تطبيق برنامج لتنمية مهارات العمل الاستقلالي والنضج الاجتماعي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً من (٩-١٢) رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، معهد الدراسات العليا للطفولة.

(٢١) فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩٠): سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة (الجزء الثاني)، ط٤، الكويت، دار العلم للنشر والتوزيع.

(٢٢) فيوليت فؤاد إبراهيم (١٩٩٢): مدى فاعلية برنامج سلوكي لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً والمصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم، المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصرى٢٨-٣٠ أبريل، المجلد الثاني، القاهرة، جامعة عين شمس، معهد دراسات الطفولة،ص ص٩٨٢-١٠٢٢

(٢٣) كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٩): مرجع في علم التخلف العقلي، القاهرة، ط٢، دار النشر للجامعات المصرية.

(٢٤) محمد السعيد عبد الجواد أبو حلاوة (٢٠٠١): فاعلية برنامج ارشادى مقترح لتنمية بعض مهارات التواصل الأجتماعى لدى الأطفال المعاقين عقليا، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإسكندرية، كلية التربية – دمنهور.

(٢٥) محمد على كامل (١٩٩٩) التدريبات العملية للقائمين على رعاية ذوى الإعاقات الذهنية، الجزء الأول، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

(٢٦) الوابلى، عبدالله بن محمد (١٩٩٦). مدى احتواء كتب التربية الاجتماعية المقررة على طلاب معاهد التربية الفكرية في المملكة العربية السعودية علي المهارات الاجتماعية، مجلة رسالة الخليج العربي (٥٩):٤٥-٨٥.

(٢٧) وفاء الشامي (٢..٤)، خفايا الأوتيزم، مركز جدة، السعودية.

(٢٨) وفاء الشامي، (٢..٤)، علاج الأوتيزم، مركز جدة، السعودية.

(٢٩) وفاء الشامي، (٢..٤)، سمات الأوتيزم، مركز جدة، السعودية.

(30) American Psychiatric Association (1987). diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th,ed. Text Revision). Washington, DC: Aurthor.

(31) American Psychiatric Association (1994). diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th,ed.). Washington, DC: Aurthor.

(32) American Psychiatric Association (2...). diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th,ed. Text Revision). Washington, DC: Aurthor.

(33) Antshel, K. & Remer, R.(2..2). Social Skills Training in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Randomized-Controlled Clinical Trial, Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology,.V. 32 (1), pp: 153–165.

(34) Babinski, L.; Hartsough, C. & Lambert, N. (1999). Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity, and inattention as predictors of adult criminal activity. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, V.4. (2), pp: 347-355.

(35) Bagwell, B.; Molina, W.; Pelham, B.(2..1). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence, Journal of

the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, V. 4. (11), pp: 1285 – 1288.

(36) Baroff, G.S. & J. Gregory, O.(1999): Mental Retardation Nature, cause and Management, (Ed3), Brunner Mazel, Taylor & Francis Group.

(37) Bat-haee Mohammed A. (2..1): A longitudinal study of active treatment of a adaptive skills of individuals with profound mental retardation, Psychological-Reports, Vol.89, No(2), PP.345-354.

(38) Beiser, M.; Dion, R. & Gotowiec (2...).the structure of attention deficit hyperactivity symptoms among native and non native elementary school children. Journal of Abnormal Child Psychology, V. 28 (5), pp: 425- 437.

(39) Berns, R.(1997). child, family, school, community, Socialization and Support,4th ed, New York: Rinehart and Winston, Inc.

(40) Boyajian, A.; Dupaul G.; Handler, M.; Eckert, T.& McGoey, K. (2..1). the use of classroom based bried functional analyses with preschoolers at risk for attention deficit hyperactivity disorder, Journal of School Psychology Review, V. 3. (2), pp: 278-293.

(41) Buck, R. (1991). temperament social skills and communication of emotion: A developmental interaction view, In: D., Gelbert & J. Connoly, (Eds) personality: social skills and Psychopathology: An individual difference approach, New York: Plenum Press: 85-1.5.

(42) Burns, G. (1997). internal validity of attention deficit hyperactivity disorder,oppositional defiant disorder and over conduct disorder symptoms in young children: implication from teacher ratings from A dimensional approach to symptom validity. Journal of Clinical Child Psychology, V. 26 (3), pp: 266-275.

(43) Byrne, J.; Bawden, H.; Beattie T. & DeWolfe, N. (2..3). risk for injure in preschoolers: relationship to attention

deficit hyperactivity disorder, Child Neuropsychology, V. 9 (2), pp: 142-151.

(44) Coema I, M: Is classical Rett Syndrome ever present in mals? Brain Dew 12(199.) 31-32.

(45) Collier, C. (2..2). The effect of pro-social skills training on the problem behavior of selected African American children in the District of Columbia public schools: Recommendations for change, Ph.D., The George Washington University.

(46) Combs, T. & Slaby, D.(1977). A social skills training with children. in Lahey & Akasdin (Eds). Advances in Clinical Child Psychology.

(47) Cunningham, C. & Boyle,M. (2..2). preschoolers at risk for attention deficit hyperactivity disorder and opposition defiant disorder: family, parenting and behavioral correlates, Journal of Abnormal Child Psychology,V. 3. (6), pp: 555-569.

(48) Drummond, C. (2..4). Evaluation of a social skills program for children, M.A., University of Windsor, Canada.

(49) Dumas, M.(1998). The risk of social interaction problems among adolescent with ADHD, Eduction & Treatment of Children, V.21 (4), pp:58-92.

(50) Durand, V.M. (199.) Severe behavioral problems,:A functional communication training approach, New York, Guilford.

(51) Eeg- Olofasson, O., A. Al-ZSuhair, A.Teebi, M.Zaki, A.Daoud: A boy with the Rett syndrome? Barin Dev. 12(199.) 529-532.

(52) Erwin,P.(1994).effictiveness of social skills training with children: A meta analytic study, Journal of Counselling Psychology Quarterly,V. 7 (3), pp:3.5-31..

(53) Frankel, F.& Feinberg, D. (2..2). social problems associated with ADHD or ODD in children referred for friendship problems. Child Psychologgy & Human Development, V. 33 (2), pp: 125 – 146.

(54) Frankel, F.; Myatt, R.; Cantwell, D. & Feinberg, D. (1997). Parent-assisted transfer of children's social skills training: Effects on children with and without attention-deficit hyperactivity disorder. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, V. 36 (1), pp: 1.56-1.64.

(55) Fredrick, B. & Olmi, J.(1994). Children with attention deficit hyperactivity disorder: A review of the literature on social skills deficits, Journal of Psychology in the School,V. 31 (2), pp: 288-296.

(56) Gillbery, C: The borderland of autism And Rett syndrome: Five case histories to hifglighe diagnostic difficulties. J.Austism. Dev. Disord. 19 (1989) 454-559.

(57) Gol, D. & Jarus, T.(2..5). Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attention-deficit-hyperactivity disorder, Journal of Developmental Medicine and Child Neurology.

(58) Gonzalez, H. (2..2). The effectiveness of social skills training for children diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder, Ph.D., University of South Florida.

(59) Hagberg, B, C. Gillberg: Rett variants-Rettoid phenotyps In; Hagberg B. (Ec): Rett Syndrome – Clinical & Biological Aspects. Clinie Development Medicine No.127. London, Mac Keith press (1993) 4.-5..

(60) Hagberg, B,J. Aicardi, K. Dais, O.Ramos: A progressive syndrome of autism dementia, ataxia, and loss of purposeful hand use in girls: Rett syndrome: report of 35 cases. A nn. Neurol, 14 (1983) 471-479.

(61) Hagberg, B,J. Aicardi, K.Dais, O. Ramos: A progressive syndrome of autism dementia, ataxia, and loss of purposeful hand use in girls: Rett syndrome: repor of 35 cases. Ann. Neurol, 14 (1983) 471-479.

(62) Hall, C. ; Peterson, A. ; Webster, R. ; Bolen, L. & Brown, M. B. (1999). Perception of nonverbal social cues by

regular education, ADHD, and ADHD/LD students. Psychology in the Schools, V. 36 (2), pp: 5.5-514.

(63) Hasselt,V. ; Simon, J.& Matsoun, A.(1982). A program description social skills training for blind children and adolescents. London: Jessicokingsley Publishers.

(64) Henker, B. & Whalen, C. (1999). The child with attention-deficit/hyperactivity disorder in school and peer settings. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), Handbook of disruptive behavior disorders (pp. 157-178). New York: Kluwer/Plenum.

(65) Hoza, B. ; Gerdes, A. ; Hinshaw, S. ; Arnold, L. Pelham, W, ; Molina, B. ; Abikoff, H.; Epstein, J.; Greenhill,L.; Hechtman, L.; Odbert, C.;Swanson, J. & Wigal, T.(2..4). self pereceptions of competence in children with ADHD and comparison children. Journal of Consuliting and Clinical Psychology, V. 72 (3), pp: 382 – 391.

(66) Jennifer, J.& Stephen,P.(2..1).depression and self esteem in boys with attention deficit hyperactivity disorder: association with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms:Journal of Abnormal Child Psychology, V. 29 (1), PP: 23 -39.

(67) Karande, S.(2..5). Attention deficit hyperactivity disorder, A review for family physicians, Indian Journal of Medical Sciences, V. 59 (2), pp: 546-555.

(68) Kirby, E.& Kirby, S.(1994). classroom discipline with attention deficit hyperactivity disorder in children, Journal of Contemporary Education,V. 65 (3), pp: 142-144.

(69) Lee, S& Odom, S.I. (1996) The relationship between stereotypic behavior and peer social for cildren with severe disabilities, Journal. Journal of the Association for Persones with severe Handicaps 21,88-95.

(70) Mace,A.(2...). assessment of behavioral impulsivity and instruction of self control in preschool children at risk for attention deficit hyperactivity disorder using aself

control paradigm, PHD, Dissertation Abstracts International, V.61, -.7B., pp: 3826.

(71) Melissa A., Bidwell & Ruth Anne Rehfeldt (2..4): Using video modeling to teach adomestic skills with an embedded social skill to adults with severe mental retardation, behavioral intervention, john wiley & sons, ltd,s vol. 19, issue (4), pp. 263-274, 12,(1) chart, (1) graph.

(72) Perry, A (1991) Rett Syndrome. A comprehensive review of literature. American Journal on Metal Retardation.

(73) Pfeiffer, L.(1994).promoting social competency in attention deficit hyperactivity disorder elementary aged children.Ed.D. Practicum Report, Nova University.

(74) Pfiffner, L. & McBurnett, K. (1997). Social skills training with parent generalization: treatment effect for children with attention deficit hyperactivity disorder.Journal of Consulting and Clinical Psychology, V. 65 (5), pp: 749 – 757.

(75) Philippart, M: The Rett Syndrome in males. Brain Dev. 12(199.)33-36.

(76) Purvis, K. L., & Tannock, R. (1997). Language abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder: Reading disabilities and normal controls. Journal of Abnormal Child Psychology, V. 25 (2), pp: 133-144.

(77) Reichle, J., Your, J., & Sigfoos J.(1991) Implementing augmentative and alternative communication: Strategies for learners with severe disabilities – Baltimore, MO: paul H Brookes Publishing Co.

(78) Riggio, R.(1986). assessment of basic social skills. Journal of Personality and Social Psychology, V. 5 (3), pp:649-66..

(79) Robbalt. A.Harden, S.Boyed: Rett syndrome: An EEG study in 52 girls. Neuropediateics 2. (1989)192- 195.

(80) Rudolph, T.(2..5) The effects of a school-based social skills training program on children with ADHD: Generalization to the school setting, Ph.D., University of South Florida

(81) Saunders, B. & Chambers, S. (1996). A review of the literature on attention-deficit hyperactivity disorder children: Peer interactions and collaborative learning. Psychology in the Schools, V. 33 (2), pp: 333-34..

(82) Scotti, J.R., & 8 Meyer, I.H.(Eds) (1991) Behaivioral ioternvention: Principles, methods and practices, Baltimor MD., pal H. Brooks Publeshing Co.

(83) Stephen, V.; Chery, A.; Courtney, P.; Susan,M.(1996).Toward a new psychometric definition of social disability in children with attention-deficit hyperactivity disorder, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, V. 35 (5), pp: 571-578.

(84) Steven, L. & Liza, A. (1991). Social skills deficit in children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of School Psychology Reviw, V. 2. (2), pp: 235-251.

(85) Strain,P.; Guralnick, M. & Walker, H. (1986). children's social behavior development, assesment and modification, Academic Press, INC. Orlando, San Diego, New York.

(86) Topcu, M.H. Topalogu, Y.Benda, M.Barker, G.Turanh: The Rett Syndrome in males. Brain Dev. 13(1991) 62

(87) Trevatian, E., H.W. Moser, J.M. Optiz, A.K. Percy, S.Nadidu, V.A Holm C.C. Boring, R.S. Jansen, M.Yeargin-Allsopp, M.J.Adams et Diagnestic criteria for Rett syndrome. The Rett Syndrome diagnostic criteria work group. Ann. Neurol. 23(1988) 425-428.

(88) Varni, J.; Katz, E.; Colegrove, R.& Dolgin, M.(1993). The impact of social skills training on the adjustment of children with newly diagnosed conser special issues: intervention in pediatric psychology, Journal of Pediatric Psychology, V. 18 (6), pp:751 -767.

(89) Wender, E.(1995). Hyperactivity in behavioral and development pediatrics (Eds). Parker, S. & Zucheman, B. Company Boston Press (1st ed): 185-194.

(90) Whalen, C. & Henker, B. (1998). Attention deficit/hyperactivity disorder. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), Handbook of Child Psychopathology. NewYork: Plenum.

ثانيا : عناوين مراجع على الإنترنت :

(1) Wysiwtg // body frame./6/ http://Ilecotugw 1.:...= 48 Boolkean Term= rett 2, syndrome fuzzy term =
(2) http://www, rettsynfrome.org/main/genties /htm
(3) .... gognon.htm.
(4) http:// www. Rettsyndrome, org/main/review of the early clinical evi, htm.
(5) http:// www. Rettsyndrome, ortg/main review of the early clinical evi, htm.
(6) http: // www. Rettsyndrome, org/ digests/ ../35 htm
(7) .... /main break the silence htm
(8) ..../ main/ genetics of rett syndrome htm
(9) ..../medical litreatute updates. Htm

الطفل التوحدى

بين الواقع والمأمول

فنيات علاجية وسلوكية

جمال عبد الناصر







مصر العربية للنشر والتوزيع

١٩ ش اسلام ـ حمامات القبة ـ الزيتون ـ القاهرة

تليفاكس : ٢٠٢٢٢٥٦٢٢٦٨+ تليفون : ٢٠٢٢٤٥٠٥٨٦٣+

E.mail : masrelarabia@hotmail.com